

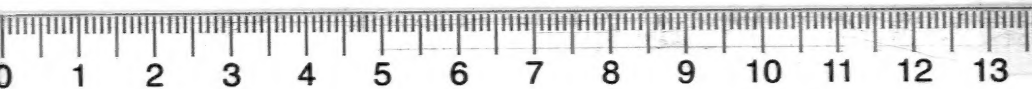
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1934

TOME DEUXIÈME



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY,
G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL,
LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE,
R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART,
RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX,
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XIV^e SÉRIE — 92^e ANNÉE — 1934
TOME DEUXIÈME



90132

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES

MTI MOO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

PAR M. LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

LE DOCTEUR

TABLE DES MATIÈRES

QUATORZIÈME SÉRIE - 92^e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1934

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
L'instinct et les psychopathies (Essai de psychopathogénèse), par MM. DIDE et BARRÈRE.....	1
Un paranoïaque au bain, par M. Georges GÉNIL-PERRIN et M ^{lle} Madeleine LEBREUIL.....	16
Un cas de tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.....	26
Les classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain, par M. DESRUELLES.....	41
Nouveaux souvenirs d'un passé récent, par M. René SEMELAINNE.....	151
Tests de caractères en neuro-psychiatrie infantile, par M. G. HEUYER, M ^{lle} COURTHIAL, MM. DUBLINÉAU et NÉRON.....	162
Mélancolie chez un athéromateux avec tension artérielle normale, oasis de névroglie, par MM. C.-I. URECHIA et N. ELEKES.....	215
L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.....	359
Psychophysiologie du suicide. Le suicide non pathologique, par M. Paul COURBON.....	384
A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine, par MM. M. DESRUELLES, P. LÉCULIER, M ^{me} GARDIEN-JOURD'HEUIL et M. P. GARDIEN.....	398
Sur la teneur en cholestérol de la substance grise et de la substance blanche du cerveau dans certaines psychoses, par M. Mares CAHANE.....	415
Sur la pathologie de l'image de soi (Etudes anatomo-cliniques), par M. L. van BOGAERT.....	519, 744
Les hallucinations visuelles au cours des syndromes pédonculaires. Leur origine et leur mécanisme, par M. J. LHERMITTE.....	556

	Pages
Psychose périodique et démence précoce, par M. F. Achille-DELMAS.	570
Réflexions sur quatre observations de tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces, par MM. B. POMMÉ et J. DECHAUME.....	581
Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale, par MM. H. BARUK et L. CAMUS.....	711
A propos d'un cas anatomo-clinique de maladie de Friedreich avec troubles mentaux, par M. J.-O. TRELLES.....	760
Le signe du miroir dans la démence précoce, par M. P. OSTANCOW.....	787

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 14 Juin 1934

Action du chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans divers syndromes neuro-psychiatriques, par MM. H. PICHARD, R.-A. CASAUBON et Mlle GABRIELLI.....	59
Syndrome hallucinatoire aigu à prédominance auditive chez un aveugle alcoolique, par MM. MARESCHAL et BELEY.....	64
Refus par un mari de recevoir au foyer son épouse guérie d'une psychose, par M. P. COURBON.....	67
De quelques psychoses toxi-infectieuses d'origine intestinale, par M. P. COSSA.....	73
Parkinsonisme fruste traumatique, par MM. H. PICHARD et A.-F. LIBER.....	80

Séance du lundi 25 Juin 1934

Adoption du procès-verbal.....	86
Correspondance.....	86
La « Constitution Dupré ».....	87
Election de 3 membres correspondants nationaux.....	88
L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.....	88
Les à-côtés du niveau mental, par MM. CROZET, DESCHAMPS et Th. SIMON.....	89
Faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés ?, par M. G. DEMAY.....	94
A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vago-tonine, par MM. DESRUELLES, P. LÉCULIER, Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL et M. P. GARDIEN.....	100
Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille, par M. H. EV.....	101

Séance du jeudi 12 juillet 1934

	Pages
Adoption du procès-verbal.....	221
Correspondance.....	221
Ordre du jour de la séance d'octobre.....	222
Célébration du Centenaire de Magnan.....	222
A propos du vœu de l'Académie de Médecine sur la Malaria-thérapie.....	222
Inspiration poétique morbide, par MM. LÉVY-VALENSI et J. DELAY.....	223
Délire archaïque (astrologie, envoutement... magnétisme), par MM. LÉVY-VALENSI et J. DELAY.....	229
Guérison à 50 ans d'une astasie-abasie hystérique datant de l'enfance, par M. P. COURBON.....	233
Délire mélancolique consécutif à une émotion joyeuse, par M. P. COURBON.....	238
La paralysie générale de l'enfant, (Essai de classification). Forme évolutive et forme massive, par MM. M. BRISSOT et J. DEVALLET.....	241
Paralysie générale avec réactions humorales négatives, par MM. L. MARCHAND, R. MICOUD et J. TUSQUES.....	252
Paralysie générale d'évolution rapide chez un sujet atteint d'anévrysme aortique, par MM. A. COURTOIS, MISSET et A. BELEY.....	257
Lésions à prédominance régionale réalisant un syndrome d'apparence focale chez un paralytique malarisé, par MM. P. GUIRAUD et J. AJURIA-GUERRA.....	259
Syndrome tumoral, présentation démentielle. Méningite kystique optochiasmatique (méningite séreuse) révélée par l'intervention, par MM. A. COURTOIS, P. PUECH et Mlle E. JACOB.....	265
Psychose infectieuse chronique avec stéréotypies litaniques verbales et graphiques, palilalie, paligraphie et tachyphémie anxieuse. Par-kinsonisme fruste, par MM. G. PETIT et A. BAUDARD.....	269
Crises conscientes d'épilepsie bravais-jacksonienne, syndromes par-kinsonien et pseudo-bulbaire, somato-agnosie du membre supérieur gauche et anosognosie, xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, anxiété et onirisme, etc.; ramollissements et hémorragies cérébrales successives (Présentation de pièces anatomiques), par MM. G. PETIT et A. BAUDARD.....	276
Cachexie progressive par lésion infundibulo-tubérienne (maladie de Simmonds), par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.....	281
Psychasthénie grave avec troubles labyrinthiques chez un basedowien, par MM. H. PICHARD et A.-F. LIBER.....	286
Syndrome des sclérotiques bleues chez une aliénée, par MM. MAUCLAIRE, X. ABÉLY et NODET.....	289
Excitation psychique et hyperhypophysie, par MM. X. et P. ABÉLY et NODET.....	291
Psychose maniaque-dépressive et hyperplasie hypophysaire, par MM. X. et P. ABÉLY et COULÉON.....	293

Séance du lundi 22 octobre 1934

Décès du Dr Auguste MARIE.....	419
Décès du Dr Alexandre CULLERRE.....	419
Adoption du procès-verbal.....	420
Correspondance.....	420

	Pages
Date de l'Assemblée générale.....	421
A propos de la Malariathérapie.....	421
Election de 2 membres correspondants nationaux.....	422
Election de 2 membres associés étrangers.....	423
De l'algothallucinose aux troubles du schéma corporel, par M. L. VAN BOGAERT.....	423
Les hallucinations dans les syndromes pédonculaires et leur pathogénie, par M. J. LHERMITTE.....	427
Hallucinations et niveau mental, par M. G. VERMEYLEN.....	429

Séance du jeudi 8 novembre 1934

Correspondance.....	594
Eschares cutanées barbituriques, séquelle de la tentative de suicide d'une persécutée, par MM. Paul COURBON et Louis MARS.....	594
Maladie d'Alzheimer ou ramollissement sylvien partiel ? par MM. P. GUIRAUD et N. AGADJANIAN.....	600
Syndrome présénile, endocrinien et cérébral, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et H.-A. SCHWOB.....	606
Méningo-encéphalite tuberculeuse à symptomatologie psychique pure. Un cas anatomo-clinique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et A.-F. LIBER ..	611

Séance du lundi 26 novembre 1934

1^{re} SÉANCE

Décès du Dr René SEMELAINNE.....	615
Décès du Dr G. Gatian de CLÉRAMBAULT.....	616
Décès du Dr BELLETRUD.....	617

2^e SÉANCE

Adoption du procès-verbal.....	618
Correspondance.....	618
Déclaration de vacance de 4 places de membre titulaire.....	619
Commission des Finances.....	619
Election de 4 membres correspondants nationaux.....	619
Election de 3 membres associés étrangers.....	620
Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal, par M. René CHARPENTIER.....	620
A propos d'un internement contesté, par MM. CROUZON, FAURE-BEAULIEU et GÉNIL-PERRIN.....	630
De quelques formules peut-être imprudentes de certificats d'internement, par M. Th. SIMON.....	642
Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale. Sa réalisation par certaines biles pathologiques de tubage duodénal. Action neurotrophe comparative de la bile humaine de tubage duodénal et de la bile animale. Rôle respectif de leurs principaux constituants chimiques, par MM. H. BARUK et L. CAMUS.....	646
Schizophrénie et ictère, par MM. H. BARUK et R. CORNU.....	647
L'anxiété biliaire. Données cliniques expérimentales sur l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs (en particulier respiratoires), par MM. H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU.....	653

	Pages
Sur un cas d'hallucinosse consécutive à une insolation, par MM. J. LALANNE et J. DUMONT.....	653
Un cas d'éreutophobie et ses conséquences au point de vue militaire, par M. M. GAUTHIER.....	658
Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante, par MM. FRIBOURG-BLANC et LASSALE.....	661

Séance du jeudi 13 décembre 1934

Correspondance.....	791
Syndrome de Weber centro-latéral et accès délirant mnésique au cours d'une épilepsie bravais-jacksonienne gauche d'origine traumatique (fracture du rocher) ; action thérapeutique du cyanure d'hydrargyre, par MM. P. MOLLARET et D. LAGACHE	791
Epilepsie psychique traumatique, par MM. L. MARCHAND et R. MICOUD ..	798
Abolition de la spontanéité psychique par alcoolisme, par MM. P. COURBON et L. MARS	802
Troubles mentaux et lésions phagédéniques multiples, par MM. P. COURBON et L. MARS	807
Interréaction psychopathique chez 2 sœurs schizophrènes, par MM. M. CARON et P. SIVADON.....	812

Séance du mardi 18 décembre 1934

Assemblée générale.....	817
Adoption du procès-verbal	817
Correspondance	817
Prolongation du délai de candidature à une place déclarée vacante de membre titulaire non résidant.....	818
Legs Christian.....	818
Rapport de la Commission des Finances.....	818
Rapport du Secrétaire général.....	819
Augmentation de la cotisation.....	821
Frais de publication du Bulletin de la Société.....	821
Election du Bureau pour l'année 1935	821
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1935.....	822
Conseil d'administration.....	823
Commission des Finances	823
Election de 4 membres correspondants nationaux.....	823
Election de 5 membres associés étrangers	823
Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de Code pénal, par M. X. ABÉLY	824
Avantages du projet de loi portant refonte du Code pénal dans les cas de responsabilité atténuée, par MM. J. PICARD et H. EY.....	832
Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce d'apparition récente, par MM. HYVERT, STOERR, G. et M. COHN.....	840

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIX^e Congrès International

de Médecine légale et de Médecine sociale de Langue Française

(Lille, 27-30 mai 1934)

	Pages
Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation, par MM. HEGER-GILBERT et de LAET.....	115
L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle, par MM. RAVIART et VULLIEN.....	118
L'orientation de l'eugénique moderne, par M. H. PAUCOT.....	123
Homicide commis par un paralytique général malarisé, par MM. G. VERMEYLEN et P. VERVAECK.....	123
L'inscription sur la liste des médecins experts près les tribunaux des médecins des asiles ayant moins de cinq ans d'exercice professionnel, par M. LE GUILLANT.....	123

Congrès Hollando-Belge de Psychiatrie et de Neurologie

(Amsterdam, 19-21 mai 1934)

Rapports

Neurologie : Les neuro-anémies, par M. P. van GEHUCHTEN.....	124
Psychiatrie : Le syndrome schizophrénique considéré comme régression génétique, par M. K.-H. BOUMAN.....	126

Communications diverses

Méningo-encéphalite saturnine, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.....	129
Le mécanisme de quelques réactions cérébrales optiques, par M. G. G. J. RADEMAKER.....	129
Ataxie pariétale consécutive à un traumatisme, par MM. CHRISTOPHE et MOREAU.....	130
Arachnoïdite de la fosse postérieure avec blocage complet du canal rachidien, par M. J. de BUSSCHER.....	130
Chorée de Huntington sans mouvements choréiques, par M. A. LEROY.....	130
Chorée de Huntington sans mouvements choréiques, par M. R. LE COULTRE.....	131
Recherches sur certaines substances antagonistes de la bulbocapnine, par MM. P. DIVRY et EVRARD.....	131
Catatonie biologique expérimentale, par M. H. de JONG.....	131
Contribution expérimentale à l'étude des caractères cliniques du tremblement parkinsonien, par MM. R. NISSEN et R. DELLAERT.....	131

	Pages
Graphologie et mécanisme physiologique de l'écriture, par M. H. CALLE-WAERT.....	132
Maladie d'Alzheimer, par MM. DIVRY et M. MOREAU.....	132
Travail et tendances destructrices, par M. H.-C. JELGERSMA.....	132
La psychiatrie et le criminel, par M. H. van der HOEVEN.....	132
Le syndrome schizophrénique aigu, par M. G. VERMEYLEN.....	133
Analyse d'un cas de surdi-mutité apparente, par M. H.-G. van der WAALS.....	133

**Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes
de France et des pays de langue française**

(XXXVIII^e session, Lyon, 16-21 juillet 1934)

Discours inaugural : La signification et la valeur du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise, par M. L. LAGRIFFE.....	311
Rapport de Psychiatrie : De l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie, par M. A. REPOND.....	312
Rapport de Neurologie : Tumeurs du 3 ^e ventricule (Etude clinique et thérapeutique), par M. P. MEIGNANT.....	314
Rapport d'Assistance : Classification et statistiques des maladies mentales, par M. M. DESRUELLES.....	315

Communications de Psychiatrie

Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante, par MM. LHERMITTE, SENGÈS, BOULET et TRELLES.....	317
Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie, par M. G. PETIT.....	318
Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale, par MM. G. PETIT et A. BAUDARD.....	318
Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques, par MM. A. COURTOIS et A. BELAY.....	318
Psychose coli-bacillaire avec pyélonéphrite, évoluant depuis plusieurs semaines. Guérison par sérothérapie, par MM. MESTRALLET et LARRIVÉ....	318
Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques, par MM. CHRISTY, BALVET et MATHON.....	319
Dédoublément de la personnalité et amnésie profonde avec obnubilation intellectuelle — persistant cinq ans après des encéphalites épidémiques — guéries avec « restitutio ad integrum », après cure prolongée d'insuline, par M. J. FROMENT.....	319
Attitudes d'encéphalite épidémique en léthargie — par onirisme actif — rappelant des attitudes de grande hystérie, par MM. J. FROMENT et B. POMMÉ.....	319
L'anxiété ; ses causes, ses symptômes, son traitement, par M. BOVEN.....	319
Les hallucinations psycho-motrices verbales et le problème général des hallucinations, par M. Henri Ey.....	319

	Pages
Automatisme mental semblable évoluant depuis 20 ans chez 2 jumelles identiques, par MM. G. de MORSIER et R. JUMET.....	320
De l'utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques, par MM. MESTRALLET et LARRIVÉ.....	320
De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarques à propos d'un cas de démence précoce hébéphrénocatatonique guéri après 10 années de traitements continus et variés, par MM. G. PETIT et ARCHIMBAULT.....	320
Quelques considérations sur le traitement des malades nerveux et mentaux par la kinésithérapie, par MM. BRANDT et BERSOT.....	320
Sur le choix des sels d'or, par M. A. LÉONET.....	320
Le magnésium sérique à l'état normal et dans certains états psychiques, par MM. A. LEULIER, B. POMMÉ et J. VELLIEZ.....	320
Recherches expérimentales sur les injections intrarachidiennes de liquide céphalo-rachidien, par M. VLAVIANOS.....	321
Les toxicomanies en Grèce, par M. VLAVIANOS.....	321
Intoxication hachichique et démence précoce, par M. Mazhart OSMAN.....	321
L'amour du voyage lointain comme cause de fugue chez les mineurs, par M. WAHL.....	321
Schizophrénie et expédition militaire, par M. WAHL.....	321
Des condamnations dans les antécédents des arriérés sociaux ou déséquilibrés, engagés volontaires dans l'armée, par MM. B. POMMÉ, R. MAROT et J. LACROIX.....	321
Les aliénistes lyonnais au début du XIX ^e siècle, par MM. F. et E. ADAM.....	321

Communications de Neurologie

Cinq observations anatomo-cliniques de tumeurs du 3 ^e ventricule, par MM. BÉRIEL et BARBIER..	322
Contribution à l'étude des tumeurs du 3 ^e ventricule, par MM. RISER, E. et L. TAMALET.....	322
Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne, par MM. ROGER, Y. POURSIRES, J. ALLIEZ et J. PAILLAS.....	322
La trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs du 3 ^e ventricule, par MM. BÉRIEL et RICARD.....	322
A propos d'un cas de tumeurs métastatiques à point de départ utérin, par MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et PAILLAS.....	322
La sclérose en plaques en Orient, par M. Mazhart OSMAN.....	322
Résultats avec ma réaction sur l'urine et le liquide céphalo-rachidien, par M. A. DONAGGIO.....	322
Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif, par M. A. DONAGGIO...	323
De la perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états, par MM. A. LEULIER, B. POMMÉ et H. BOUTEILLE.....	323
Au sujet de l'action de l'iode de strontium, par MM. A. LEULIER et B. POMMÉ.....	323
La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques, par M. B. POMMÉ.....	323
Présentation d'un chien privé expérimentalement de sa moelle dorsolombo-sacrée, par M. HERMANN.....	324

XIV^e Réunion Neurologique Internationale

(Paris, 5 et 6 juin 1934)

Rapports

	Pages
1. Les centres végétatifs du diencéphale médian. Partie anatomique, par M. LARUELLE.....	324
2. Essai d'orientation neuro-physiologique, par M. A. TOURNAY.....	326
3. Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique, par M. J. LHERMITTE.....	327
4. La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne, par M. ANDRÉ-THOMAS.....	329
5. A propos des troubles thermiques consécutifs aux interventions sur l'encéphale, par MM. Th. de MARTEL et J. GUILLAUME.....	331

Communications à propos des rapports

Epilepsie diencéphalique post-traumatique, par M. A. BROUSSEAU.....	332
Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse, par M. P. COSSA.....	332
Forme fébrile et héli-myoclonique d'une tumeur kystique du tronc cérébral, par MM. ROGER, MOSINGER et RAYBAUD.....	332
Diabète insipide consécutif à une fièvre typhoïde datant de 5 ans. Guérison par Roentgentherapie de la région diencéphalique, par M. VERCELLI.....	333
Quelques données nouvelles sur le métabolisme de l'eau, par M. RIZZO.....	333
Le rôle de l'hypothalamus dans la polyarthrite chronique déformante, par M. F. NEGRO.....	333
Les lésions de l'hypothalamus dans les syndromes neuro-anémiques, par MM. LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA.....	333
Neurospongiose du 3 ^e ventricule sans symptômes de localisation, par MM. ANDRÉ-THOMAS et J.-O. TRELLES.....	333
Influence de certaines réactions conjonctivo-lymphatiques sur les troubles vago-sympathiques des affections intra-craniennes, par M. L. ALQUIER....	333

Communications adressées

Quelques troubles végétatifs dans un cas d'encéphalite basilaire à forme dissociée, par M. CATOLA.....	334
Les propriétés thermo-régulatrices du tuber cinereum, par M. SALMON.....	334
Observation anatomo-clinique d'un cas d'épendymite kystique du 3 ^e ventricule, par MM. DRAGANESCU et SAGER.....	334
Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite épidémique, par MM. MARINESCO, E. FAÇON et G. BUTTU.....	334
Syndrome infundibulo-tubérien à la suite d'un traumatisme crânien, par MM. MARINESCO et FAÇON.....	334
Syndrome diencéphalo-hypophysaire, acromégalie chiropodale avec parkinsonisme post-encéphalitique, par M. RADOVICI et M ^{lle} RISPSINE PAPAZIAN....	334

Exposé des travaux du Fonds Déjerine

Les dystrophies ectodermiques congénitales, par M. Ludo van BOGAERT....	334
La syphilis du cervelet, par M. CHRISTOPHE.....	335

XXX^e Session de l'Association des Médecins de langue française*(Québec, 27-30 août 1934)***Rapports : La pyrétothérapie**

	Pages
1. Généralités. Agents pyrétogènes. Biologie. Mode d'action, par M. Ch. RICHET fils.....	673
2. Pyrétothérapie et affections du système nerveux, par M. H. ROGER.....	674
3. La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang, par M. FRIBOURG-BLANC.....	676
4. Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes, par MM. A. HALPHEN et J. AUCLAIR.....	678
5. Pyrétothérapie et pyrétoprophyllaxie antisiphilitique sous l'action des moyens thermogènes physiques, par M. A. BESSEMANS.....	679

Communications

Pyrétothérapie de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves, par M. A. POROT.....	679
Bilan de 7 années de malarithérapie à l'Hôpital de Bordeaux (Canada), par M. A. BARBEAU.....	679

**Groupeement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques
et Neuro-Chirurgicales**

(Séance du 24 novembre 1934)

Cas isolé de dysostose cranio-faciale (maladie de Crouzon), par MM. van LINT et L. van BOGAERT.....	860
Cas familial apparenté à la maladie de Laurence-Moon-Biedl), par MM. van LINT et L. van BOGAERT.....	860
Les symptômes oculaires du status dysraphicus, par M. H. COPPEZ.....	861
Contribution à l'étude des arachnoïdites opto-chiasmatiques, par M. J. FRANÇOIS.....	861
Tension des vaisseaux réiniens en neurologie. Acquisitions récentes, par M. A. FRITZ.....	862

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

	Pages
<i>Séance du jeudi 7 juin 1934</i>	111
<i>Séance du jeudi 5 juillet 1934</i>	295
<i>Séance du jeudi 8 novembre 1934</i>	662
<i>Séance du jeudi 6 décembre 1934</i>	850

Société de Médecine légale de France

<i>Annexe aux comptes rendus des séances des 12 mars, 9 avril, 14 mai et 11 juin 1934</i>	299
<i>Séance du 8 octobre 1934</i>	441
<i>Séance du 12 novembre 1934</i>	661
<i>Séance du 10 décembre 1934</i>	855

Société française de Psychologie

<i>Séance du jeudi 17 mai 1934</i>	114
<i>Séance du jeudi 21 juin 1934</i>	442
<i>Séance du mardi 20 novembre 1934</i>	856
<i>Séance du jeudi 20 décembre 1934</i>	856

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du 30 juin 1934</i>	305
<i>Séance du 27 octobre 1934</i>	668
<i>Séance du 24 novembre 1934</i>	857

Société belge de Neurologie

<i>Séance du 30 juin 1934</i>	306
<i>Séance du 27 octobre 1934</i>	670

VARIÉTÉS

Académie de Médecine : Elections	708
— — Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1934	893
Asiles publics d'aliénés : Nécrologie	149, 354, 506 708
— — Nominations.....	149, 354, 506, 708 892
— — Postes vacants.....	149, 506, 708 892
— — Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés	354

	Pages
Asiles publics d'aliénés : Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine.....	354
— — Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France.....	354
— — La nouvelle classification psychiatrique adoptée aux Etats-Unis d'Amérique.....	355
— — Postes créés.....	507
— — Concours de l'Internat en Médecine des asiles de la Seine.....	509
— — Les agrandissements de la Maison de santé interdépartementale de Clermont (Oise).....	509
— — Honorariat.....	708
Assistance : Organisation des Services de Psychiatrie du Gouvernement général de l'Algérie.....	894
Hygiène et Prophylaxie : Une consultation médicale pré-nuptiale à Genève.....	150
— — Construction d'un pavillon pour enfants anormaux à l'asile d'Armentières.....	150
— — Fédération internationale des Sociétés d'Eugénique.....	516
— — La stérilisation des déficients.....	517
— — La peine de mort en Chine pour les trafiquants de stupéfiants.....	518
— — Comité national suisse d'Hygiène mentale.....	709
— — Projet d'une Société internationale de Prophylaxie criminelle.....	893
Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police : Nomination.....	892
Nécrologie : Alexandre CULLERRE (1849-1934).....	709
— René SEMELAIGNE (1855-1934).....	904
Réunions et Congrès : XX ^e Congrès de Médecine légale de langue française..	150
— — II ^e Congrès international d'Hygiène mentale (Paris, 1936).....	356
— — La Neuro-Psychiatrie au Congrès des Médecins de langue française (Québec, 27-30 août 1934).....	510
— — Société suisse de Psychiatrie.....	511
— — Association espagnole de Neuro-Psychiatrie.....	512
— — IV ^e semaine nationale espagnole d'Hygiène mentale..	512
— — Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (XXXIX ^e session, Bruxelles 1935).....	515
Société Médico-Psychologique : Séances.....	149, 353, 505, 707
— — Dîner annuel.....	149
— — Légion d'honneur.....	353
— — Centenaire de MAGNAN.....	505
— — Nécrologie.....	707
— — Hommage d'une médaille au Professeur Pierre JANET.....	891

TABLE ANALYTIQUE DES MATIERES (1)

A

- Absès** subduraux extra-encéphaliques (W. LÓPEZ ALBO), 348.
 — encapsulés du cerveau. Traitement chirurgical (P. PUECH et J.-A. CHAVANY), 854.
Acrodynie (DESSERT, F. GAUD et TESSIER), 887.
Acromégalie et maladie de Recklinghausen (Aloysio de CASTRO), 482.
 — Symptômes oculaires (Félix TERRIEN), 482.
 — (syndrome d') au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (BAUDOUIN et PUECH), 851.
 — et syndrome adipo-génital (P.-R. BIZE), 854.
Actinomycose (atteinte de la moelle dans l') (Mme A.-I. ZAIZEWA), 887.
Alcoolisme (Jean SAUCIER), 488.
 — chronique. La géno-cuti-réaction (Filippo PERNIOLA), 705.
 — (abolition de la spontanéité psychique par) (P. COURBON et L. MARS), 802.
Alexie et agraphie d'évolution chez des jumeaux monozygotiques (Jacques LEY et G. W. TORDEUR), 670.
Allohallucinose (de l') aux troubles du schéma corporel (Ludo van BOGAERT), 423.
Aliénistes (les) lyonnais au début du XIX^e siècle (Frantz et Emile ADAM), 321.
Alzheimer (maladie d') (P. DIVRY et M. MOREAU), 132.
 — — — ou ramollissement sylvien partiel ? (P. GUIRAUD et N. AGADJANIAN), 600.
Amaurotique (syndrome) hypertensif (M.-P. WEHL, V. OUMANSKY et P. KLOTZ), 851.
Amytal (l') sodique pour prévenir les réactions associées à la ponction lombaire (Georges V. KULCHAR et Allen D. KING), 498.

- Anémie** pernicieuse (aspects neurologiques de l') (J. de BUSSCHER), 137.
Anxiété guérie ou améliorée par la vagonine (DESRUÈLLES, P. LÉCULIER, Mme GARDIEN-JOURDHEUIL et P. GARDIEN), 100, 398.
 — (l') ; causes, symptômes et traitement (BOVEN), 319.
 — (états d') (E.-A. BENNET), 460.
 — (l') paludéenne (LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON), 461.
 — (l') biliaire (H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU), 653.
Aphasie motrice pure, similité anarthrie, rééduquée par simple sommation de la mémoire des sons (J. FROMENT et A. FEYEU), 112.
 — par hémorragie de la zone lenticulaire (DIMITRI), 475.
Aphasies (DIMITRI), 865.
Aptitudes et vocations ; recherches psychostatistiques (D. VAMPA), 146.
Arachnoidite de la fosse cérébrale postérieure avec blocage complet du canal rachidien (J. de BUSSCHER), 130.
 — cérébrale (syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une). Opération. Guérison (H. BAONVILLE, J. CAHEN, J. LEY et J. TITECA), 308.
 — (l') du chiasma (MALBRAN et BALADO), 474.
 — opto-chiasmatique (J. FRANÇOIS), 861.
Argyll-Robertson (la pupille d') (HouSTON MERRITT et MERRILL MOORE), 684.
Armée. Statistique du service neuropsychiatrique belge (A. BODART), 306.
 — (l'hygiène psychique dans l') (Jean NELKEN), 486.
Arsenic (accidents oculaires dans le traitement par les sels d') pentavalents (P. BOUSSY), 494.
Arthropathies nerveuses (Th. ALAJOUANINE et G. MAURIC), 890.
Asile-Colonie des Aliénés d'Oliva (Argentine) (Emilio VIDAL ABAL), 485.

(1) Les chiffres en caractères gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, AUX COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

Asiles d'Aliénés (le régime alimentaire des) (Julien RAYNIER et Henri BEAUDOUIN, R. BRIAU et A. PINARD), 455.

Assassins (les) du médecin (Georges d'HEUCQUEVILLE), 504.

Assistance aux enfants anormaux (J. RAYNIER et E. MARTIMOR), 484.

Astasie-abasie hystérique datant de l'enfance. Guérison à 50 ans (Paul COURBON), 233.

Astrocytomes fibrillaires du lobe temporal (Benno SCHLESINGER), 475.

Ataxie pariétale consécutive à un trauma (CHRISTOPHE et MOREAU), 130.

— aiguë polynévritique curable (H. BARUK et G. POUMEAU-DELILLE), 853.

Athétose unilatérale (L. van BOGAERT et J. de BUSSCHER), 307.

Atrophie corticale (J. TITECA), 305.

Automatisme mental semblable évoluant depuis 20 ans chez 2 jumelles identiques (G. de MORSIER et R. JUMET), 320.

Aveugle alcoolique ; syndrome hallucinatoire aigu à prédominance auditive (MARESCHAL et BELEY), 64.

B

Babinski (signe de) dans l'insuffisance cardiaque (BOISSEAU), 113.

Barbituriques (eschares cutanées) (Paul COURBON et Louis MARS), 594.

Basedow (maladie de). Diagnostic et traitement (Jean OLMER), 496.

— — —. Traitement chirurgical (G. JEANNENEY), 496.

Beau (signification psychologique des modalités du) (R. BAYER), 856.

Bergsonisme et neurologie (H. LE SAVOUREUX), 864.

Bromures (les) en pratique psychiatrique (H. CODET), 499.

Brucellose (manifestations nerveuses dans la) chez l'homme (V.-A. CHARTAKER), 136.

Bulbocapnine (recherches sur certaines substances antagonistes de la) (P. DIVRY et EVRARD), 131.

— Action sur la contraction musculaire (Domenico SARNO), 477.

— (catatonie provoquée par la) et abolie par la cocaïne (Ethel FRIEDMAN BUCHMAN et Curt P. RICHTER), 478.

— (action physiologique et thérapeutique de la) (Esvaldo MECO), 704.

C

Cachexie progressive par lésion infundibulo-tubérienne, maladie de Simmonds (L. MARCHAND et R. DUPOUY), 284.

Cachexies endocriniennes (diagnostic des) (E. SCHULMANN et H. MANOU), 484.

Caractère (le) au point de vue de la théorie psychanalytique (M. BORNSTAJN), 147.

— (tests sur le) en neuro-psychiatrie infantile (G. HEUYER, Mlle COURTHIAL, DUBLINEAU et NÉRON), 462.

— (les origines du) chez l'enfant Henri WALLON), 336.

— (pathologie du) et troubles des sécrétions internes (W. STERLING), 480.

Cardiaques (les hémiplegies et les aphasies transitoires des) (E. LEDOUX et G. JACQUOT), 884.

Catalepsie biliaire expérimentale (H. BARUK et L. CAMUS), 646, 711.

— (crises de) avec aphasie, apraxie, perturbations instinctives (H. BARUK et G. POUMEAU-DELILLE), 853.

Catatonie biologique expérimentale (H. de JONG), 131.

— (étude histopathologique et localisatrice de la) dite expérimentale (Luis ROJAS), 698.

Catatonine. Présence dans l'urine ; diminution chez les malades mentaux (E. DINGERNAUSE, J. FREUD et H. de JONG), 477.

Centres proprioceptifs de l'axe médullo-bulbo-ponto-mésencéphalique (J. NICOLESCO), 883.

Céphalo-Rachidien (Liquide). Injections intrarachidiennes expérimentales (VLAVIANOS), 321.

— — — et urine ; réaction pratiquée par l'auteur (Art. DONAGGIO), 322.

— — —. Taux du sucre en rapport avec la perméabilité de la barrière vasculaire cérébrale (I. MATOWETZKY), 476.

— — —. Présence du spirochète pâle Marino BENVENUTI), 477.

— — —. Altérations des cellules et albumine (V. ASKGAARD, V. HAHNEMANN et Axel V. NEEL), 477.

— — —. Réactions dissociées globulino-colloïdales (V. KAFKA), 480.

— — —. Traitement des modifications pathologiques de la pression (Carl RIEBELING), 495.

Cérébelleux (Physiologie de l'appareil) (D. NOICA), 882.

— (premiers signes) dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (K. HENNER), 885.

Cerveau (le poids du) et ses rapports avec l'intelligence (L. CORNIL et M. MOSINGER), 343.

— (les artères du). Technique personnelle d'étude (A. MOUCHER), 345.

— (modifications du) dans l'électro-
cution légale (George B. HASSIN),
700.

Cervelet (un type spécial d'atrophie
croisée du) (I. BERTRAND et F. SMITH),
888.

Chlorure de Calcium (action du) asso-
cié à l'hyposulfite de magnésium
dans divers syndromes neuro-psy-
chiatriques (H. PICHARD, R.-A. CA-
SAUBON et Mlle GABRIELLI), 59.

Cholestérol du cerveau dans certaines
psychoses (Mares CAHANE), 445.

Chorée de Huntington sans mouve-
ments choréiques (A. LEROY), 130 ;
(R. LE COULTRE), 131.

Chronaxie (effets de l'alcool sur la) du
système moteur (William MALAMUD,
E. LINDEMANN et H. H. JASPER), 478.

— (élévation de la) des pneumogas-
triques à travers la peau chez le
lapin (Mlle J. HURYNOWICZ et E.
CZARNECKI), 478.

Cisternale (la ponction), sous-occipi-
tale (Mariano R. CASTEX), 340.

Classifications (les) des maladies men-
tales dans l'enseignement contem-
porain (M. DESRUELLES), 41.

Claude Bernard-Horner (syndrome de)
traumatique avec maladie de Du-
puytren ; anxiété paroxystique par
aérophagie (LAIGNEL-LAVASTINE, R.
BONNARD et M. GAUTIER), 850.

Code Pénal (les mesures de sûreté
dans le projet de loi portant refonte
du) (René CHARPENTIER), 620 ; (Xa-
vier ABÉLY), 824.

— Avantages du projet de refonte
dans les cas de responsabilité atté-
nuée (J. PICARD et H. EY), 832.

Coli-bacillaire (psychose) avec pyélo-
néphrite. Guérison par sérothérapie
(MESTRALLET et LARRIVÉ), 318.

Coli-bacillaires (psychoses) (A. HOVEN),
669.

Complexe de Lear, revers du complexe
d'Edipe (A. PAUNCZ), 148.

Compression dorso-lombaire par téléan-
giectasie veineuse piemérienne. Cu-
riéthérapie (H. ROGER, M. ARNAUD et
J. ALLIEZ), 112.

Compressions (les) médullaires par
lymphogranulomatose maligne. Ma-
ladie de Hodgkin (Egas MONIZ et
Diogo FURTADO), 501.

Conceptions magico-religieuses des in-
digènes de l'Afrique Occidentale
Française (CAZANOVE), 869.

Conscience (de l'objection de) d'origine
morbide (P. SCHULTRESS), 352.

Constitution (la). Dupré (Branlio A.
MOYANO et Luis-Esteves BALADO), 87.

Consultation (une) psychiatrique créée
à l'Hôtel-Dieu de Troyes (DESCUS-
SES), 441.

Convulsions infantiles. Diagnostic et
traitement (Henri ROGER), 502.

Coqueluche (les complications neuro-
logiques et en particulier les convul-
sions dans la) (R. DUBOIS, R.-A. LEY
et J. DAGNÉLIE), 346.

— (les encéphalopathies de la) (Lodo-
vico MENCARELLI), 695.

Corps (les techniques du) (Marcel
MAUSS), 114.

Cotard (syndrome de). Psychogénèse et
valeur pronostique (O. LOUDET et
L. M. DAMKE), 460.

Couche optique (pathologie vasculaire
de la) (J. NICOLESCO et T. HORNET),
111.

Criminel (la psychiatrie et le) (H. van
der HOEVEN), 132.

Cruauté, violence et colère (A. SPAIER),
146.

Cypho-scoliose et paraplégie (J.-A.
CHAVANY), 853.

D

Débile mental ; essai de classification
(E. de GREEFF), 305.

Débiles mentaux en prison et dans la
population libre (Louis VERVAECK),
503.

Défense sociale. Application de la loi
belge à l'égard des anormaux et des
récidivistes (Louis VERVAECK), 349.

— (mesures de) au Danemark (Louis
VERVAECK), 350.

Délirants chroniques (Agents étiolo-
giques des syndromes) (A. COURTOIS
et A. BELEY), 318.

Délire archaïque (LÉVY-VALENSI et Jean
DELAY), 229.

— mélancolique consécutif à une émo-
tion joyeuse (Paul COURBON), 238.

— de négation chez un paralytique
général (E. MINKOWSKI), 460.

Délire hallucinatoire chronique (les si-
gnes physiques dans le) (Roger
THERY), 448.

Démence précoce et intoxication hachi-
chique (Mazhar OSMAN), 321.

— Etude physio-pathologique (Guy-
Pierre TOYE), 446.

— et psychose périodique (F.-Achil-
le-DELMAS), 570.

— Etude sur la dégénérescence mu-
queuse du cerveau (F. d'HOLLANDER
et Ch. ROUVROY), 698.

— Le signe du miroir (P. OSTA-
NOW), 787.

— Résultats de la chrysothérapie
(HYVERT, STÖRR, G. et M. COHN),
840.

— (la phase somatique prodromi-
que de la) (H. BARUK et D. LAU-
RENT), 875.

- (le brouillard étiologique de la) (Mlle C. PASCAL), 875.
- . Etiologie (A. MAZZA), 876.
- Démence sénile typique** (A.-M. SIERRA), 463, 880.
- (de certaines altérations cylindraxiales dans la) (P. DIVRY), 859.
- Déments** (les troubles de la mémoire de fixation chez les) (Amour LIBER), 448.
- Diabète insipide consécutif à une typhoïde** datant de 5 ans. Guérison par Roentgenthérapie diencéphalique (VERCELLI), 333.
- insipide et système hypothalamo-hypophysaire (Erich LESCHKE), 483.
- Diathermie** (traitement de la démence paralytique par la) (Walter FREEMAN, Theodore-C. FONG et S.-J. ROSENBERG), 493.
- Diencéphalo-hypophysaire** (syndrome). Acromégalie chiropodale avec parkinsonisme post-encéphalitique (RADOVICI et Mlle RISPSINE PAPAZIAN), 334.
- Dinitrophénol** (le traitement des états dépressifs par le) (G. VERMEYLEN et J. HEERNU), 858.
- Diphtériques** (examens anatomo-pathologiques cardiaques au cours de paralysies) mortelles (LHERMITTE, DEBRÉ et UHRY), 347.
- Douleur morale** (psychologie de la) (L. CERONI), 868.
- Dure-mère crânienne** (ossifications et calcification de la) (R. BONNARD), 348.
- Dysostose cranio-faciale** (cas isolé de), maladie de Crouzon (van LINT et L. van BOGAERT), 860.
- Dysostoses cranio-faciales** (W.-G.-S. SMITT et B.-G. ZIEDSES des PLANTES), 887.
- Dystrophies ectodermiques congénitales** (L. van BOGAERT), 334.
- cranio-faciale, maladie de Crouzon, dans une famille saine (P. BURTON et Aug. LEY), 668.

E

- Eclampsie puerpérale** (rôle du terrain dans l') (LÉVY-SOLAL et de PARIENTE), 884.
- Ecorce cérébrale**. Localisation des fonctions visuelles et auditives par les recherches expérimentales (Syödi SATÖ), 706.
- Ectodermoses neurotropes** (H. SCHMID), 466.
- Education** (médecine et) (G. MOURIQUAND, M. PÉHU, P. BERTOYE, J. BARBIER, P. VIGNARD, P. MAZEL, P. d'ÉPI-

NEY, abbé MONCHANIN et R.-P. CHAR-MOT), 453.

Electropexie (effets de l') sur le système nerveux (VLAVIANOS), 321.

Embolie gazeuse cérébrale d'origine périphérique (J. LHERMITTE et BARRELET), 852.

Emotion (l') facteur de déséquilibre humoral (E. JOLTRAIN), 342.

— (substratum anatomo-physiologique de l') (NOGALES PUERTAS), 696.

Emotivité, anxiété et angoisse (F. DANCENIS), 868.

Encéphalite (l') psychosique aiguë hémorragique (L. MARCHAND et A. COURTOIS), 88, 359.

— basilaire à forme dissociée ; troubles végétatifs (CATOLA), 334.

— post-vaccinale expérimentale. Histopathologie (I. SANZ IBÁÑEZ et A.-P. RODRÍGUEZ PÉREZ), 346.

— post-vaccinale (Antonio FITTJALDI), 694.

— aiguë rubéolique (L. BABONNEIX), 694.

— (forme familiale de l'), périaxiale diffuse, maladie de Schilder (G. HEUYER, J. LHERMITTE et Mlle C. VOGT), 854.

— (les psychoses atypiques de l') chronique (J.-M. SACRISTAN), 877.

Encéphalite épidémique (attitudes d') en léthargie rappelant la grande hystérie (J. FROMENT et B. POMMÉ), 319.

— . Forme psychosique (Paul-Jean GUILBERT), 448.

— chronique et épilepsie (Giulio AGOSTINI), 689.

— à forme vertigineuse (Paul MICHON), 690.

— (les « séquelles » de l') (R. ALBERCA-LORENTE), 690.

— (les troubles du tonus musculaire dans l') chronique (Theodor DOSZKOV), 691.

— . Classification des perturbations mentales des formes prolongées (F. GUERNER et S. RIBIERO de SOUZA), 876.

— chronique (troubles sensoriels et états oniriques dans l') (H. CLAUDE et H. EY), 876.

Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques curables (J. OMBRAS), 864.

Encéphalo-méningite lymphocytaire aiguë curable (Jacques DAGNÉLIE), 308.

Encéphalo-myélite post-typhique (R. ALBERCA LLORENTE), 135.

Encéphalo-myélopathie toxique expérimentale par injections sous-cutanées de cyanure de potassium (A. FERRARO), 135.

Encéphalographie (l') dans les états mentaux anormaux avec diabète insipide (PURCELL G. SCHUBE), 685.

Encéphalopathie alcoolique. Polio-encéphalite hémorragique supérieure de Wernicke (Lauretta BENDER et Paul SCHILDER), 473.

Encéphalopathies (les) de la diphtérie (R. MASSIERE), 135.

— infantiles (AUSTREGESILLO filho), 138.

— (les) en foyer par troubles circulatoires (Ottorino Rossi), 692.

Enfance (direction mentale de l') au Danvers State Hospital (Doris M. SIDWELL), 485.

Engagés volontaires dans l'armée. Arriérés sociaux ou déséquilibrés antérieurement condamnés (B. POMMÉ, R. MAROT et J. LACROIX), 321.

Ependymite kystique du 3^e ventricule (DRAGANESCU et SAGER), 334.

Ephétonine (traitement des accidents post-rachianesthésiques par l') (W. LÓPEZ ALBO), 499.

Epilepsie; étiologie et pathogénie (CORREA), 142.

—; facteurs héréditaires (Calvert STEIN), 143.

— par hypoglycémie ? (Ph. PAGNIEZ), 143.

—; observation clinique-cinématographique; analyse expérimentale des crises (O. LÖWENSTEIN), 143.

— (Eleogardo B. TROLO), 144.

— peu banale (Louis RAMOND), 144.

— (influence du cancer sur l'évolution de l') (Morgan B. HODSKINS et Riley H. GUTHRIE), 144.

— (crises conscientes d') brava-jacksonienne; ramollissements et hémorragies cérébrales successives (Georges PETIT et André BAUDARD), 276.

— diencéphalique post-traumatique (A. BROUSSEAU), 332.

—; anatomie pathologique (MINKOWSKI), 347; (PRADO Y SUCH), 698.

— traumatique, séquelle de commotion cérébrale (MARTTI KAILA), 689.

— Recherches chimiques. Cholestérolémie (Mme Helen HOPKINS), 702.

— expérimentale par la technique de Brown-Séquard (Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et N. K. KOANG), 703.

— brava-jacksonienne traumatique. Syndrome de Weber. Délire mnésique (P. MOLLARET et D. LAGACHE), 794.

— psychique traumatique (L. MARCHAND et R. MICOUD), 798.

Epileptique (hypertélorisme fruste chez un) (P. DIVRY et E. EVRARD), 858.

Epileptiques (causes et début de la maladie chez les) (G. STROESSLER), 142.

— (pression du liquide céphalo-rachidien chez les) (Adanto BOTELHO), 703.

Epiphyse (l') en thérapeutique (H. M. FAY), 499.

Ereutophobie (l') et ses conséquences au point de vue militaire (M. GAUTHIER), 658.

Eugénique (l'orientation de l') moderne (H. PAUCOT), 123.

— (la stérilisation) des anormaux (G. SZWARC), 339.

— (une technique) en biologie humaine. La stérilisation des inaptes (Antonio BARBEAU), 489.

Expertise (l') mentale contradictoire en matière criminelle (RAVIART et VULLIEN), 118.

— (l') psychiatrique (Ed. TOULOUSE), 299.

Excitation psychique et hyperhypophysie (X. et P. ABÉLY et NODET), 294.

— des éléments nerveux par les champs électriques variables (Petro TULLIO et Luigi di BELLA), 704.

F

Fibroblastomes méningés du cerveau (Charles H. FRAZIER et Bernard J. ALPERS), 473.

Foie (Pathologie du système nerveux central dans les maladies du) (Lathan A. GRANDALL et Arthur WEIL), 695.

Formulaire de pratique médicale courante à l'usage des médecins praticiens (Maurice CHIRAY et Albert SALMON. E. ROGER, R. LEBÈGUE et Mlle A. de PRÉVAL), 341.

Fracture de la VI^e cervicale au cours d'une pendoison-suicide (M. DUCOSTÉ et Mme FORTINEAU), 667.

Frénasthéniques « biopathiques » (mortalité des) (Giuseppe PINTUS), 141.

Friedreich (maladie de) et hérédo-syphilis (L. BABONNEIX et ROUECHE), 295.

—; réaction de la 8^e paire (GUILLAIN, AUBRY et MOLLARET), 297.

—; forme radiculo-cordonnale postérieure (P. MOLLARET et M. CACHIN), 663.

— avec troubles mentaux. Cas anatomo-clinique (J.-O. TRELLES), 760.

— Considérations cliniques et physiologiques (G. GUILLAIN et P. MOLLARET), 887.

- (A. del CANIZO, J.-H. d'ORS et J.-L. ALVAREZ-SALA), 888.
 — et maladie de Roussy-Lévy (H. DARRÉ, P. MOLLARET et Mlle LANDOWSKI), 888.
 Fugue (l'amour du voyage lointain comme cause de) chez les mineurs WAHL, 321.

G

- Gauchers (PIÉDELIEVRE), 855.
 Gigantisme (DZUERZYNSKI), 481.
 Glioblastomes (les) (FERRER-CAGIGAL et Diego FERRER), 474.
 Gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne (ROGER, Y. POURSINES, J. ALLIEZ et J. PAILLAS), 322.
 Gomme cérébrale. Structure et histogénèse (G. ZANETTI), 699.
 Graphologie et mécanisme physiologique de l'écriture (H. CALLEWAERT), 132.

H

- Hallewörden-Spatz (maladie de) (S. MESSING), 138.
 Hallucinations psycho-motrices verbales et problème général des hallucinations (H. EY), 319.
 — dans les syndromes pédonculaires (J. LHERMITTE), 427, 556.
 — et niveau mental (G. VERMEYLEN), 429.
 — et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal (Henri EY), 680.
 — (les) et le rêve (J. LHERMITTE), 866.
 Hallucinatoire (variétés et valeur sémiologique du syndrome) (H. CLAUDE), 866.
 Hallucinoïse consécutive à une insolation (J. LALANNE et J. DUMONT), 653.
 Hémangiome du cervelet chez 2 sœurs (Paul MARTIN et L. van BOGAERT), 473.
 Hématome sous-dural chronique post-traumatique (R. FISCHER et G. de MORSIER), 885.
 Hématomes sous-duraux (Clovis VINCENT), 298.
 Hématomyélie (l') traumatique (J.-A. CHAVANY), 889.
 Hématopoièse (la régulation nerveuse de l') (Etienne MAY), 479.
 Hémiballisme (syndrome de l') (M. POTET), 886.
 Hémicéphalie (V. W. D. SCHENK), 346.

- Hépatolenticulaire (dégénérescence) (Jacques LEY), 306.
 Hérédité (le monde vivant sans) (E. RABAUD), 144.
 Hérédokinésie paroxystique douloureuse (A. E. KOULKOFF), 693.
 Hoffmann (signe d') (T. FAY et H.-B. GOTTEN), 881.
 Homicide commis par un paralytique général malarisé (G. VERMEYLEN et P. VERVAECK), 123.
 Hormones (les) sexuelles dans les troubles psychiques (HAAKON SAETHRE), 484.
 Huile soufrée (l') dans le traitement des états d'agitation (Maurice FEUILLADE et Henri EDEL), 491.
 Hydrocéphalie chronique chez l'adulte (AUBRY, GUILLAUME et THUREL), 297.
 — expérimentale par lésions de la substance nerveuse (Luigi TELATIN), 699.
 Hygiène mentale scolaire à Montréal (G. Lef. de BELLEFEUILLE), 487.
 — de l'enfant. Bases anatomo-physiologiques, cliniques et étiologiques (Roma AMYOT), 488.
 — dans le district de Québec (J. C. MILLER), 488.
 — (la violence et l') (E. TOULOUSE), 489.
 Hyperpnée expérimentale (LARUELLE), 851.
 Hypnotiques (les) du groupe des uréides (Fulgencio FUERTES et Alejandro GUADAN de LASCARIS), 498.
 Hypophysaire (troubles psychiques d'origine) (A. SALMON), 482.
 — (transmission sanguine de la polyurie) (Lucien BRÜLL), 483.
 Hypophyse (sécrétions internes génitales de la pré-) (Ludwig KRAUL), 483.
 — (hormones sexuelles du lobe antérieur de l') (W. OSTERREICHER), 483.
 — (tumeurs malignes de l') envahissant le diencéphale (E.-B. FINK), 885.
 Hypothalamus (le rôle de l') dans la polyarthrite chronique déformante (Fedele NEGRO), 333.
 — (les lésions de l') dans les syndromes neuro-anémiques (LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA), 333.
 — (noyau tangentiel de l') et connexions (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 665.
 — (sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l') (P. DIVRY), 669.
 Hystérie (le problème de l'). Duchenne de Boulogne, Charcot et Babinski (J. FROMENT), 685 ; — position actuelle (Paul LARIVIÈRE), 686.
 — (audition et) (Henri BOURGEOIS), 687.

Hystériques (le facteur organique dans la pathogénie des phénomènes) (ALBERT SALMON), 686.

I

Ictus laryngé non tabétique (L. CAUSADE et P. MICHON), 883.

Idiotie amaurotique, type Vogt-Spielmeier et maladie de Nieman Pick (MARINESCO), 139.

—, type infantile avec lésions oculaires atypiques (CH. COHEN et L. van BOGAERT), 139.

Image de Soi (pathologie de l') (Ludo van BOGAERT), 519, 744.

Imagination (recherches expérimentales sur l') (G. DWELSHAUVERS), 856.

Immigration et hygiène mentale (Auguste MARIE), 488.

Immunité et anaphylaxie. Théorie cérébrale (S. MARBAIS), 452.

Infundibulo-tubériens (symptômes) associés aux syndromes anxieux (Georges PETIT), 318.

— (troubles de la fonction des centres) consécutifs à l'encéphalite épidémique (MARINESCO, E. FAÇON et G. BUTTU), 334.

— (signes) à la suite de traumatisme crânien (MARINESCO et E. FAÇON), 334.

Inspiration poétique morbide (LÉVY-VALENSI et Jean DELAY), 223.

Instinct (l') et les psychopathies (DIDE et BARRÈRE), 1.

— de conservation (R. MARKUSZEWICZ), 147.

— (l') combatif et l'instinct sexuel (H. SIMONNET), 696.

Insuline (guérison par l') de troubles psychiques persistant 5 ans après encéphalite épidémique (J. FROMENT), 319.

— (action de l') sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards (Léon TIXIER et Stanislas de SÈZE), 496.

Intellectuel (développement) et milieu (G. VERMEYLEN et AUDIR), 858.

Internement contesté (CROUZON, FAURE-BEAULIEU et GENIL-PERRIN), 630.

— (Formules peut-être imprudentes de certificats d') (Th. SIMON), 642.

Intoxications expérimentales. Altérations cérébrales par l'acide prussique (A. MEYER), 479.

Iodure de Strontium (action de l') (A. LEULIER et B. POMMÉ), 323.

J

Jeunesse (les drames et les angoisses de la) (Gilbert ROBIN), 454.

K

Kinésithérapie chez les malades nerveux et mentaux (BRANDT et BERSOT), 320.

L

Langage (la pathologie du) pendant l'âge d'évolution (Lanfranco CIAMPI), 684.

Laurence-Moon-Biedl (maladie de), 1^{re} observation anatomo-clinique (BORREMANS et L. van BOGAERT), 308.

— et syndrome familial proche (BIEMOND) (A. DELHAYE et L. van BOGAERT), 308.

— Cas familial apparenté (van LINT et L. van BOGAERT), 860.

Leucodystrophies (les) progressives familiales (L. van BOGAERT et I. BERTRAND), 886.

Libération (le principe de) en physiopathologie (R. BING), 465.

Lobectomie frontale et troubles psychiques (CLOVIS VINCENT), 298.

M

Magnésium (le) sérique normal et dans certains états psychiques (A. LEULIER, B. POMMÉ et J. VELLIEZ), 320.

Maladies mentales. Classification et statistiques (Maurice DESRUELLES), 315.

— (Conception biologique (E. LARRIVÉ et J. CHAILLET), 701.

— (la morbidité par) en Italie dans les années 1926-27-28 (G. MODENA), 865.

— (l'âge des parents dans les) (P. PONTA), 869.

Malaria (psychoses de la) (Mme G.-P. POPOWA), 878.

Malariathérapie. Vœu de l'Académie de Médecine, 222, 421.

— et Paralysie générale. Hypothèses pathogéniques (Jean LÉPINE), 491.

— Le devenir des paralytiques généraux malarisés (Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN), 492.

— Délires secondaires (Rodolphe RICHARD), 492.

— (Variations des troubles pupillaires de la paralysie générale sous l'influence de la) (K. OHYAMA), 492.

— à l'Hôpital de Bordeaux, Canada (A. BARBEAU), 679.

— (mécanisme d'action de la) (Marino BENVENUTI), 682.

- Maniaque-dépressive (psychose) et hyperplasie hypophysaire** (X. et P. ABÉLY et COULÉON), 293.
- **Etude du métabolisme** (A. LESZCZYCKI), 479.
- **Directives du traitement des états de dépression** (Helgi TOMASSEN), 497.
- **Evolution d'un cas** (I. IMBER), 870.
- **Causes favorisantes** (M. - F. BREW), 870.
- Maniaques (traitement des états)** (H. TELLIER), 497.
- Médecine (essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la)** (E. TÉCHOUÉYRES), 145.
- Médecins experts près les tribunaux ; inscription sur la liste des médecins des Asiles ayant moins de 5 ans d'exercice** (LE GUILLANT), 123.
- Médullaire (les troubles vaso-moteurs périphériques dans les traumatismes)** (L. CORNIL et M. MOSINGER), 889.
- Mélancolie chez un athéromateux avec tension artérielle normale. Oasis de névrogie** (C.-I. URECHIA et N. ELEKES), 245.
- Mélancolique (syndrome) délirant symptomatique d'une encéphalite** (H. CALLEWAERT et J. TITECA), 857.
- (raptus). **Etude médico-légale** (D. PLOUFFE et E. LEGRAND), 870.
- Méningiome de la faux du cerveau ; dissociation corticale des mouvements du pied** (J. FROMENT, R. LERICHE et R. FROMENT), 112.
- **de l'angle ponto-cérébelleux** (P. van GEHUCHTEN, de MARTEL et GUILLAUME), 296.
- **intraventriculaire** (J. de BUSSCHER), 671.
- Méningite grippale suivie de diabète. Guérison** (L. ZADOC-KAHN et A. GLUCK), 135.
- **kystique opto-chiasmatique révélée par intervention. Syndrome tumoral ; présentation démentielle** (A. COURTOIS, P. PUECH et Mlle E. JACOB), 265.
- **cérébro-spinale. Purpura initial. Troubles de la glycorégulation** (MERKLEN, H. GOUNELLE et L. ISRAËL), 890.
- Méningoblastome rachidien à inclusions mélaniques** (Ludo van BOGAERT et Jean VERBRUGGE), 472.
- **de la rétine et du cervelet. La maladie de Lindau** (Henry-R. VIETS), 474.
- Méningoblastomes (les métaplasies des)** (LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER), 296.
- Méningo-encéphalite saturnine** (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 129.
- **diffuse et tumeur cérébrale ; origine endocarditique** (BORREMANS et L. van BOGAERT), 136.
- **tuberculeuse à symptomatologie psychique pure** (LAIGNEL-LAVASTINE et AMOUR-F. LIBER), 611.
- Mescaline (recherches sur l'action de la)** (G. MARINESCO), 703.
- (visions colorées produites par la) (G. MARINESCO), 703.
- Métabolisme de l'eau** (Chr. RIZZO), 333.
- **basal dans la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive** (Julio de ANDRADE SILVA jr.), 705.
- Migraine** (Ph. PAGNIEZ), 693.
- Militaires condamnés (maladies mentales chez les)** (M. COSTEDOAT), 504.
- Mineurs abandonnés et délinquants en Argentine** (Cordoba) (Gregorio BERMANN), 457.
- **délinquants** (Abraham MYERSON), 504.
- Moelle (ablation expérimentale de la) dorso-lombo-sacrée** (HERMANN), 324.
- Mongolisme. Conception nouvelle** (R.-M. CLARKE), 481.
- Morphinomanie. Traitement** (Juan SOLER), 497.
- Morphotopologiques (problèmes)** (SCHMITT), 342.
- Mouvements associés (étiologie de la paralysie des) des yeux** (O. JANOTA), 882.
- Musulmans (le problème des malades) à Paris** (Auguste MARIE et Pierre GODIN), 486.
- Myoneurale (la zone de jonction) dans quelques cas pathologiques** (B. POMMÉ), 323.
- Myotonie atrophique avec bradycardie, polyurie et obésité** (P. HARVIER et J. DECOUR), 890.
- Mysticisme (le) et l'âme lyonnaise** (L. LAGRIFFE), 311.

N

- Narcolepsie (pathogénie de la)** (Max LEVIN), 683.
- Népenthicisme (le)** (M. KLIPPEL), 134.
- Nerfs craniens ; syndrome paralytique unilatéral des 4 dernières paires. Echinococcose primitive de l'os occipital** (E. KREBS, J. LEMOYNE, L. LEMOYNE, G. LOISEL et P. BISSERY), 666.
- Neurasthénie (interprétation de la) et de ses différents symptômes** (G. DUBOIS-ANDRÉ), 687.
- Neurinome central associé à une sclérose tubéreuse** (Joseph-H. GLOBUS), 469.
- Neuro-anémies (les)** (P. van GEHUCHTEN), 124 ; (R. FLAMENT), 137.

- Neuro-anémique** (syndrome) (LAIGNEL-LAVASTINE, R. SCHWOB et H. GALLOT), 852.
- Neuro-fibromatose** avec tumeur du nerf optique (Edward HARTMANN), 471.
- (tumeurs bilatérales de l'acoustique dans la) (J. HELSMOORTELT jr. et THIENPONT), 471.
- . Forme maligne (de GROODT, A. DELHAYE et Ludo van BOGAERT), 472.
- . familiale (Louis CHRISTOPHE), 472.
- Neuro-physiologique** (essai d'orientation) (Auguste TOURNAY), 326.
- Neuro-syphilis** (thérapeutique endorachidienne de la) (G.-C. RIQUIER et G. QUARTI), 494.
- (le diagnostic de la) (Walter FREEMAN), 685.
- Neuro-végétative** (crise) chez une vieille goitreuse (P. COSSA), 332.
- Neurocutanés** (les syndromes vasculaires) (Antonio SUBIRANA), 688.
- Neuromyélite optique** aiguë avec contrôle anatomique (URECHIA et VELUDA), 113.
- Neurone** (théorie du) (NIESSL von MAYENDORFF), 112.
- Neuronisme** ou réticularisme ? (S. RAMON Y CAJAL), 697.
- Neuropathies infantiles** (étude clinique des) (SCHACHTER), 138.
- Névralgies** (les) en Grèce (J.-S. PATRIKIOS), 690.
- Névrose** (étiologie de la) à la lumière de la théorie de Freud (Ch. ODIER), 148.
- Névroses professionnelles**. Nystagmus des mineurs (Millais CULPIN), 469.
- tachycardiques (tension artérielle dans les) (A. TOURNAIRE et M. NOUGUIER), 687.
- Niveau mental** (les à-côtés du) (CROZET, DESCHAMPS et Th. SIMON), 89.
- Noyau caudé** (ramollissement traumatique du) (P. DIVRY), 305.
- Noyau dentelé** du cervelet (myoclonies rythmiques et unilatérales des membres par lésion du) (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean LERBOULLET), 298.

O

- Obsession** (l') de négation (Raymond MALLET), 459.
- Optimisme** (l') en thérapeutique psychiatrique (Paul VERSTRAETEN), 501.
- Optique** (trajet de la radiation) chez l'homme (BALADO et FRANKE), 345.
- (la zone pré-) (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 665.

- Or** (sels d'). Leur choix en thérapeutique (A. LÉONET), 320.
- Orientation** (l') lointaine dans le vol en avion (Fr.-Agostino GEMELLI), 697.

P

- Paralysie générale** de l'enfant M. BRIS-SOT et J. DEVALLET), 241.
- avec réactions humorales négatives (L. MARCHAND, R. MICOUD et J. TUSQUES), 252.
- d'évolution rapide. Anévrisme aortique (A. COURTOIS, MISSET et A. BELEY), 257.
- ; lésions focales après malarisation (P. GUIRAUD et J. AJURIAGUERRA), 259.
- (le diagnostic clinique précoce de la) (Cl. VURPAS et L. CORMAN), 341.
- (pronostic de la) par la pneumo-encéphalographie (Edmur da COSTA PIMENTAL), 449.
- . Traitement par le stovarsol (Louis FILHOL), 456.
- . Sulfopyréthérapie (Mario YAHN), 457, 491.
- (la) chez l'Indigène Nord-Africain (A. POROT), 468.
- (le rapport albumino-cytologique dans le pronostic de la) (Antonio SICCO), 476.
- . La méthode de Mariotti et la pyréthérapie sulfurée (Angelo VANELLI), 491.
- (traitement de la) juvénile (Howard-W. PORTER), 493.
- . Traitement par les injections endoveineuses d'auto-liquide céphalo-rachidien médicamenteux (E. MARIOTTI), 495.
- (le tonus végétatif dans la) (Enaldo MECO), 702.
- (types juvéniles de) (R.-M. STEWART), 879.
- et traumatisme (Z. ESMERALDO), 879.
- (la) en Corée (K. KUBO et R. HATTORI), 880.
- Paralytiques généraux** impaludés ? (faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les) (G. DEMAY), 94.
- impaludés. Modifications qualitatives du tableau clinique (KRIVY et K. MATULAY), 878.
- Paranoïaque** (un) au bain (G. GENIL-PERRIN et Mlle M. LEBREUIL), 16.
- Paranoïdes** (le monde mystique des) (Georges DUMAS), 442.
- Paraphrénie** et psychose paranoïde (Henri CLAUDE), 462.
- Paraplégie** (la) scoliotique (André THOMAS, L. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE), 889.

- Paraplégies flasques. Diagnostic** (H. ROGER), 884.
- Parkinson (maladie de) traumatique et hystérisme** (Mario de MENNATO), 689.
- — — **post-encéphalitique et trouble de la nutrition** (Marcel LABBÉ et Gilbert DREYFUS), 705.
- Parkinsonien (syndrome) par encéphalite syphilitique** (Georges GUILLAIN et P. MICHAUX), 297.
- (fréquence du syndrome) en pathologie mentale (G. PETIT et A. BAUDART), 318.
- (les modifications de la sensibilité dans le syndrome) encéphalitique (Jean SEBEK), 691.
- (les troubles du système sympathique dans le syndrome) encéphalitique (Jean SEBEK), 691.
- Parkinsonisme fruste traumatique** (H. PICHARD et A.-F. LIBER), 80.
- Pathographie (principes méthodologiques de)** (Karl BIRNBAUM), 145.
- Pellagre (clinique des atteintes du système nerveux dans la)** (A.-I. ZLATOVEROFF et I.-M. FREIDSON), 465.
- Penser (méthode de démonstration objective de la difficulté de)** (M.-F. HAUSMANN), 867.
- Perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états pathologiques** (A. LEULIER, B. POMMÉ et H. BOU-TEILLE), 323.
- Perversions sexuelles (la psychopathologie des)** (E.-A. BENNET), 868 ; (J.-A. HADFIELD), 868.
- Phakomatoses (les) de Bourneville, de Reklinghausen et de von Hippel-Lindau** (van der HOEVE), 470.
- Phénolsulfonephtaléine et eau bidistillée en injections endorachidiennes thérapeutiques** (Gaetano BOSCHI), 495.
- « Phénomène d'obstacle » de Donaggio** (T. CORTESI et G. FATTOVICH), 705.
- Phlébites sinuso-jugulaires (traitement chirurgical des)** (Georges PORTMANN), 502.
- Phrénique (altérations du) par arrachement** (André-THOMAS), 662.
- Plexite lombaire symétrique provoquée par la sanochrysine** (Enrique de CIREs), 470.
- Plomb (intoxication par le diéthylphosphate de). Effets expérimentaux sur le système nerveux** (J. LHERMITTE, KULIKOWSKI et J.-O. TRELLES), 665.
- Pneumatocèles intra-craniennes** (FRIBOURG-BLANC, LASSALE et GERMAIN), 295 ; (DEREUX et SWYNHEDAuw), 664.
- Poë (Edgar). Sa vie étrange et ses étranges amours** (Emile LAUVRIÈRE), 450.
- Poliomyélite antérieure chronique** (J. HAGUENAU et Al. NEGREANU), 663.
- antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale (Th. ALAJOUANINE, THUREL et BOULEY), 852.
- Polynévrite après sérothérapie antitétanique** (H. ROGER, Y. POURSIÈRES et M. RECORDIER), 113.
- **hypertrophique progressive** (L. van BOGAERT et J. de BUSSCHER), 307.
- Polynévrites. Etude clinique** (Jacques DAGNELIE), 307.
- Présénile (démence) familiale avec paralysie spastique** (C. WORSTER-DROUGHT, T.-R. HILL et W.-H. Mc MENEMEY), 881.
- Procédure (la) criminelle aux Etats-Unis** (R.-H. GAULT), 351.
- Psamme des plexus choroïdes du ventricule latéral** (CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU), 671.
- Psychanalyse et Education** (Mme Sophie MORGENSTERN), 463.
- Psychasthénie grave avec troubles labyrinthiques chez un basedowien** (H. PICHARD et AMOUR-F. LIBER), 286.
- (hérédité des malades atteints de) (H.-A. PASKIND), 867.
- Psychiatrie (de l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la)** (A. REPOUD), 312.
- et études de clinique médicale (G.-E. DANIELS), 869.
- Psychiatrique (Laboratoire) et Clinique de l'Université de Copenhague** (August WIMMER), 446.
- Psychologie sexuelle** (Havelock ELLIS), 449.
- Psychonévrotiques (4 cas de catastrophe opératoire chez des)** (E. MIRA), 141.
- Psychopatique (états) ; rapports avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille** (H. EX), 101.
- Psychose infectieuse chronique. Parkinsonisme fruste** (Georges PETIT et André BAUDARD), 269.
- **mixte. Paranoïa maniaque-dépressive** (J. CAPGRAS), 459.
- **périodique liée au cycle menstruel** (R. DRESZER et C. SZCZYTT), 481.
- Psychoses ; refus du mari de recevoir au foyer son épouse guérie** (P. COURBON), 67.
- **toxi-infectieuses d'origine intestinale** (P. COSSA), 73.
- **d'origine infectieuse** (Pierre-Léopold NOGUIER), 447.
- (la non-organisation et la désorganisation psychiques au cours des) (Oskar DIETHELM), 461.
- (essais de renforcement de l'analyse mentale dans les) (Clifford ALLEN), 464.
- (le « gonflement » aigu de l'oligodendrogie dans les) (Filippo CARDONA), 697.

- schizo-affectives aiguës (J. KASANIN), 874.
- de motilité (P.-J. REITER), 876.
- (les) séniles (G.-L. FRANCESCONI), 880.

Psychotechnique (J.-M. LAHY), 486.

Psychothérapie à l'hôpital (Richard-H. HUTCHING), 500 ; (Leland-E. HINSIE), 500.

— (organisation de la) (Roscoe-W. HALL), 500.

— (obstacles à la) (L.-Lewis-B. HILL), 501.

Pyramidal Physiopathologie du système extra-) (L. DE LISI), 692.

Pyrétothérapie (la) dans les maladies mentales (E. LARRIVÉ et A. MESTRALLET), 489.

— (la) dans la schizophrénie (D. PISANI et R. SINISCALCHI), 490.

— soufrée et chrysothérapie associées dans certaines démences précoces (Henri CLAUDE, H. EY et J. DUBLINNEAU), 490.

— de la paralysie générale par injections intraveineuses de gono-vaccin (S. UYCMATZU, Y. JUGH et H. KAMANO), 493.

— Nouvelle méthode (RUGGERO PASQUALINI), 493.

— Généralités (Ch. RICHET fils), 673.

— et affections du système nerveux (Henri ROGER), 674.

— des infections, des maladies de la nutrition et du sang (FRIBOURG-BLANC), 676.

— par moyens physiques (A. HALPHEN et J. AUCLAIR), 678.

— et prophylaxie antisyphilitique (A. BESSEMANS), 679.

— de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves (A. POROT), 679.

R

Rage (anatomopathologie de la) A.-A. ALEKSANDROWSKAIA), 347.

Raphanie (A. TCHIGOWA), 696.

Rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens (J. BELOT et L. DELHERM), 495.

Réactions cérébrales optiques (mécanisme de quelques) (G. G. J. RADEMAKER), 129.

Réalité (la notion de) chez les délirants (J. BONHOMME et H. PICHARD), 459.

Réflexe pathologique par percussion du talon (Samuel-M. WEINGROW), 469.

— (le) du clignement à la menace (G. G. J. RADEMAKER et Raymond GARCIN), 683.

Regard (paralysies du). Base anatomique des positions forcées des yeux (L.-J.-J. MUSKENS), 882.

— (paralysie de l'abaissement du) (André-THOMAS, H. SCHAEFFER et I. BERTRAND), 883.

Régulation thermique (la) et la région infundibulo-tubérienne (André-THOMAS), 329.

— — Troubles consécutifs aux interventions sur l'encéphale (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 331.

Reichert (substance innommée de) et ses connexions (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 853.

Rétiniens (tension des vaisseaux) (A. FRITZ), 862.

Rhumatisme chronique ankylosant traité par parathyroïdectomie (G. JEANNEY), 499.

— articulaire aigu (syndrome de Korsakoff au cours du) (K.-A. SKWORTSOFF), 695.

Roentgenthérapie lombo-sacrée et périphérique appliquée à la sciatique (Louis DELHERM et François NILUS), 501.

Rorschach (l'épreuve de), attitude critique des sujets (F. FRANKEL et D. BENJAMIN), 462.

Rythme respiratoire (modifications du) au cours des interventions neuro-chirurgicales (Vincenzo NERI), 113.

S

Sadisme révélé par l'excitation éthylique chez un timide sexuel (A. CONDOMINE), 867.

Santé publique (principes et technique d'une politique de la) (René BIOT), 455.

Scarlatine (néphrite azotémique et encéphalite précoces au cours d'une) (A. LEMIERRE et R. LAPLANE), 694.

Schizophrénie (un) dans la « Comédie Humaine » (H. CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI), 871.

— (psychologie du) et formation des délires chroniques (C.-C. BERLUCCHI), 871.

Schizophrénie et expédition militaire (WAHL), 321.

— étiologie et pathogénie de la) (R. GUSSING), 461.

— et tuberculose (L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPKE), 462.

— et ictère (H. BARUK et R. CORNU), 647.

— (la) latente et son importance médico-légale (Heitor PÉRÉS), 706.

— Intéraction psychopathique chez deux sœurs (M. CARON et P. SIVADON), 842.

— Rémissions au cours des formes légères (G.-E. SOUCHARÉW), 872.

- action psychomotrice de l'alcool dans la) (I. IMBER), 873.
- (le test d'inhibition dans la) E. ZARRA), 873.
- (la réaction myotonique dans la) (B. I. LINDBERG), 873.
- (les fonctions organiques dans la) (R. G. HOSKINS et F. H. SLEEPER), 873.
- constitutionnelle (K. M. BOURMAN et J. KASANIN), 874.
- chez les épileptiques (I. WYRSCH), 875.

Schizophrénique (le syndrome) considéré comme régression génétique (K.-H. BOUMAN), 126.

- (le syndrome) aigu (G. VERMEYLEN), 133.

Sciatique de double origine : éclat d'obus de la fesse et tumeur extradurale de la queue de cheval (P. COSSA), 111.

- consécutive à une hémorragie tronculaire (ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME), 664.

Sclérose cérébrale progressive chez les enfants, associée à la dégénérescence primaire de la glie interfasciculaire (J. G. GREENFIELD), 346.

Sclérose en plaques (hémi-tremblement parkinsonien au cours de la) (Noël PÉRON, LEREBoullet et LAUNAY), 296.

- (la) en Orient (Mazhart OSMAN), 322.

- ou infection grippale pneumococcique ? (Henri ROGER, Pierre SIMÉON et Joseph ALLIEZ), 695.

Sclérose latérale amyotrophique. Contribution anatomo-clinique (Jacques DAGNELI et Pierre CAMBIER), 496.

- (syndrome de) consécutif à une encéphalite léthargique (Jacques DECOURT, P. MATHIEU et L. MEYER), 664.

Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales, maladie de Bourneville (A. LEY), 139.

- de Bourneville, sans troubles mentaux avec hérédité similaire dans la descendance (A. LEY), 140.

- (DIVRY et EVRAD), 140.

- ; recherches cliniques et histologiques sur une forme familiale (F. S. van BOUDWDIJK BASTIAANSE), 140.

- ; études cliniques, généalogiques et histopathologiques (BORREMANNS, DYKMANSS et van BOGAERT), 141.

- et spongioblastome multiforme (Ludo van BOGAERT), 470.

- familiale. Adénomes sébacés du type Pringle avec fibromatose cutanée (G. DUWE et L. van BOGAERT), 471.

Sclérotiques (Syndrome des) bleues chez une aliénée (MAUCLAIRE, X. ABÉLY et NOBET), 289.

Sénile (syndrome pré-), endocrinien et cérébral (LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et R.-A. SCHWOB), 606.

Société Médico-Psychologique. La « Constitution Dupré », 87.

- Célébration du Centenaire de Magnan, 222.

- A propos du vœu de l'Académie de Médecine sur la Malaria-thérie, 222, 421.

- Décès des D^{rs} Auguste MARIE et Alexandre CULLERRE, 419.

- Date de l'Assemblée générale, 421.

- NÉCROLOGIE. Décès du D^r René SEMELAIGNE, 615.

- Décès du D^r G. Gatian de CLÉRAMBAULT, 616.

- Décès du D^r BELLETRUD, 617.

- Vacance de 4 places de membre titulaire, 619.

- Commission des Finances, 619.

- Assemblée générale, 817.

- Rapports de la Commission des Finances, 818.

- Rapports du Secrétaire général, 819.

- Legs Christian, 818.

- Augmentation de la cotisation, 821.

- Frais de publication du *Bulletin de la Société*, 821.

- Bureau pour 1935, 822.

- Conseil d'Administration, 823.

- Commission des Finances, 823.

- NOMINATIONS. *Membres correspondants nationaux*: Marcel CARON, Pierre LÉCULIER, Pierre MARESCHAL, 88. Jacques LACAN, Mlle D. MARTILLE, 422. J. DECHAUME, M. GAUTHIER, B. POMMÉ, R. BARGUES, 620. Emile ADAM, B. FREY, P. SCHUTZENBERGER, Mlle EL. CULLERRE, 823.

- *Membres associés étrangers*: Jacques LEY, Mares CAHANE, 423. José GERMAIN-CEBRIAN, G. W. B. JAMES, Elysio de MOURA, 620. A.-F. LIBER, G. de LOVERDO, F. MOREL, L. van BOGAERT, S. VLAVIANOS, 824.

- *Membre titulaire honoraire*: Raoul LEROY, 618.

- *Démission*: M. LAUGIER, 618.

- *Sommeil* (la conception biologique du) (A. JANICHEWSKI), 701.

- (étude expérimentale sur le) (J. SANZ IBÁÑEZ), 701.

— expérimental (la glutation de l'encéphale dans le) (Generoso COLUCCI), 702.

Somnifène. Narcose ; intoxication et traitement par l'insuline (Rolf. STRÖM-OBSEN), 688.

Somnifères (intoxication par les) (Ch. FLANDIN, J. BERNARD et F. JOLY), 863.

Souvenirs (nouveaux) d'un passé récent (René SEMELAIGNE), 151.

Spasmes toniques post-encéphaliques du cou. Troubles de la parole (G. HEUYER et Mlle Claire VOGT), 662.

Spirochète dans les cerveaux de paralytiques traités par la malaria (N. KOPELOFF et N. BLACKMAN), 879.

Statique (l'épreuve d'adaptation) (G. G. J. RADEMAKER et R. GARCIN), 882.

Status dysraphicus (les symptômes oculaires du) (H. COPPEZ), 861.

Sterilisation chirurgicale et prophylaxie mentale (G. d'HEUCQUEVILLE), 489.

Striatum (lésions en foyer du). Troubles de la mimique, itérations motrices et hypertonie (P. GUIRAUD et M. DEROMBIES), 700.

Stupeur (syncinésies symétriques dans la) (MISKOLICS), 113.

Suicide (psychophysiologie du). Le suicide non pathologique (Paul COURBON), 384.

— (le). Thèses psychiatrique et sociologique (Max BONNAFOUS), 458.

— (tentatives de) (F.-C. LENDRUM), 870.

Surdi-mutité apparente (H. G. van der WAALS), 133.

Sympathectomies lombaires (R. LERICHE et R. FONTAINE), 502.

Syphilis (la) du cerveau (CHRISTOPHE), 335.

— (la) du cerveau et des connexions cérébelleuses (J. THIERS), 338.

— (les traitements de la) (R.-J. WEISENBACH et G. BASCH), 340.

— nerveuse chez les Arabes (C. LACAPERE), 466.

— (fréquence de la neuro-) en pays marocain (E. LEPINAY), 467.

— (pathogénie de la) exotique (DUGARDIN et DUMONT), 467.

— (y a-t-il une évolution dans la physiologie de la) ? (DECROP), 467.

— la nerveuse en Algérie (J. MONTPELLIER), 468.

— (influence des cures arsénobenzoliques de simple blanchiment sur l'évolution ultérieure de la) marocaine (Louis SALLE), 468.

— bulbo-spinale. Gliose extra-pié-mérienne et formations névromateuses (J. LHERMITTE, J. de MASSARY et J.-O. TRELLES), 475.

Système nerveux. Action élective de certains composés mercuriels (Aldo RIVELA GRECO), 478.

T

Tabès et agoraphobie (G. de BUSSCHER), 688.

Tabétique (Spondylite traumatique avec ostéoporose étendue du rachis chez un) (André-THOMAS, H. SCHAEFFER et HUC), 889.

Temps (le) vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques (E. MINKOWSKI), 443.

Tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 26.

Tétanos (traitement curatif du) (R. LEHMAN), 502.

— (valeur de la sérothérapie du) (V. MATILLA), 503.

Thérapeutique (nécessité d'une) polymorphe et prolongée en psychiatrie (PETIT et ARCHIMBAULT), 320.

Thyroïdomanie (VIGNES), 441 ; (DUVOIR), 666 ; (FABRE, BALTHAZARD), 667.

Tissu conjonctif (méthodes pour la démonstration du) (Art. DONAGGIO), 323.

Topographie cranio-cérébrale déterminée par la méthode orthoscopique (William T. PEYTON), 685.

Torticollis spasmodique avec syndrome cérébello-pyramidal (Henri SCHAEFFER et R. BIZE), 663.

— spasmodique guéri par l'opération de Mackensie (ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME), 664.

— spasmodique ayant débuté par un spasme des oculogyres (J. LHERMITTE et P. CHASTENET de GÉRY), 850.

Toxicomanies (les) en Grèce (VLAVIANOS), 321.

— (traitement des) par les lipides végétaux) (Roger DUPOUY et Maurice DELAVILLE), 497.

Traumatismes (les séquelles nerveuses des) (HEGER-GILBERT et de LAET), 115.

Travail et tendances destructrices (H.-C. JELGERSMA), 132.

— intellectuel (SANTE de SANCTIS), 145.

— (capacité de) et éducatibilité (M. PONZO), 146.

Tremblement parkinsonien (Contribution expérimentale à l'étude des caractères cliniques du) (R. NYSSSEN et R. DELLAERT), 131.

— émotif et métabolisme de base (LAIGNEL-LAVASTINE), 479.

- Tremblements congénitaux** (maladie familiale du groupe des) (L. van BOGAERT), 670.
- Tronc cérébral** (forme fébrile et hémimyoclonique d'une tumeur kystique du) (ROGER, MOSINGER et RAYBAUD), 332.
- Troubles mentaux et lésions phagédéniques multiples** (P. COURBON et L. MARS), 807.
- Trypanosomiase** (manifestations extrapyramidales de la) (P. BORREMANS et L. van BOGAERT), 136.
- à symptomatologie psychique prédominante (FRIBOURG-BLANC et LAS-SALE), 664.
- Trypanosomié** (psychose hallucinatoire chez un) (BAONVILLE, J. LEY et J. TITTECA), 877.
- Trypanosamide** (traitement de la neurosyphilis par la) (Hans H. REESE), 494.
- Tuber cinereum**. Propriétés thermorégulatrices (SALMON), 334.
- Tuberculeuses** (localisations viscérales) et guérisons psychopathiques (CHRISTY, BALVET et MATHON), 319.
- Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante** (LHERMITTE, SENGÈS, BOULET et TRELLES), 317.
- de Grawitz avec métastases cérébrales (Ihsan CHUKRY), 700.
- encéphalo-médullaire (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 886.
- Tumeurs métastatiques à point de départ utérin** (H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS), 322.
- (les) de la loge cérébelleuse (Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 338.
- frontales et de la fosse cérébrale postérieure. Difficultés du diagnostic (P. MOLLARET, M. DAVID et M. AUBRY), 663.
- colloïdes du 3^e ventricule (H.-M. ZIMMERMANN et W.-J. GERMAN), 885.
- Tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces** (B. POMMÉ et J. DECHAUME), 531.
- dans le voisinage du siphon carotidien. Troubles circulatoires du cerveau (EGAS MONIZ, Almeida LIMA et Diogo FURTADO), 693.
- Typhiques** (bacilles) et affections des méninges (W. DWORECKI), 480.

V

Vago-sympathiques (troubles) des affections intracrâniennes; influence des

réactions conjonctivo-lymphatiques (L. ALQUIER), 333.

Vagotonine (traitement de l'hypertension par la) (D. SANTENOISE, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH et C. FRANK), 496.

Vasomotricité cérébrale (J. TINEL), 692.

Végétatif (les syndromes anatomo-cliniques de l'appareil) hypothalamique (J. LHERMITTE), 327.

Végétatifs (les centres) du diencéphale médian (LARUELLE), 324.

Végétatives (de la représentation centrale des fonctions) (P. V. MONAKOW), 464.

Ventriculaire (utilité du repérage) dans certains troubles psychiques (MESTRALLET et LARRIVÉ), 320.

Ventricule (Kyste du 3^e) (BARRÉ), 297.

— (tumeurs du 3^e), (Paul MEIGNANT), 314; (BÉRIEL et BARBIER), 322; (RISER E. et L. TAMALET), 322.

— (trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs du 3^e) (BÉRIEL et RICARD), 322.

— (neurospongiose du 3^e) sans symptômes de localisation (André-THOMAS et J.-O. TRELLES), 333.

Ventriculographique (interprétation) (A. TORKILDSEN et W. PENFIELD), 884.

Vertiges (A. HAUTANT), 343.

—; état mental (A. HAUTANT), 343.

— commotionnels (Raoul CAUSSÉ), 344.

— associés d'origine central (M. AUBRY), 344.

— névralgies (A. HAUTANT), 344.

— névrites périphériques (A. HAUTANT), 344.

— causés par les rhumatismes cervicaux (C. Jiménez DIAZ), 344.

Vie (la). Le sens des relations entre le cerveau, le psychisme et les organes viscéraux (C. CENI), 342.

W

Wolkmann (syndrome de). Traitement chirurgical (André-THOMAS et SORREL), 850.

X

Xanthomatose. Syndrome de Schüller-Christian (Charles DAVISON), 700.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 101.
— V. Abély (Xavier).
ABÉLY (Xavier). V. *Mauclair*.
— (Xavier et Paul) et NODET. Excitation psychique et hyperhypophyse, 291.
— (Xavier et Paul) et COULÉON. Psychose maniaque-dépressive et hyperplasie hypophysaire, 293.
— *Discussion*, 645.
— Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de code pénal, 824.
ADAM (Frantz et Emile). Les aliénistes lyonnais au début du XIX^e siècle, 321.
AGADJANTIAN (N.). V. *Guiraud*.
AGOSTINI (Giulio). Encéphalite épidémique chronique et épilepsie, 689.
AJURIAGUERRA (J.). V. *Guiraud*.
— V. *Lhermitte*.
ALAJOUANINE (T.), MARTEL (T. de), THUREL et GUILLAUME. Sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire, 664.
—, MARTEL (de), THUREL et GUILLAUME. Torticollis spasmodiques guéris par l'opération de Mackensie, 664.
—, THUREL et BOULEY. Poliomyélite antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale, 852.
— et MAURIC (G.). L'évolution des arthropathies nerveuses, 890.
ALBERCA LLORENTE (R.). Encéphalomyélite post-typhique, 135.
— « Séquelles » de l'encéphalite épidémique, 690.
ALEKSANDROWSKAIA (A.-A.). Anatomopathologie de la rage, 347.
ALLEN (Clifford). Essais de renforcement de l'analyse mentale dans des cas de psychoses, 464.
ALLIEZ (Joseph). V. *Roger*.

- ALPERS (Bernard-J.). V. *Frazier*.
ALQUER (L.). Réactions conjonctivo-lymphatiques dans les troubles vago-sympathiques des affections intracrâniennes, 333.
ALVAREZ-SALA (J.-L.). V. *Canizo*.
AMYOT (Roma). Hygiène mentale de l'enfant. Les convulsions infantiles, 488.
ANDRADE SILVA jr. (Julio). Le métabolisme basal dans la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive, 705.
ARCHIMBAULT. V. *Petit*.
ARNAUD (Marcel). V. *Roger*.
ASKGAARD (V.), HAHNEMANN (V.) et NEEL Axel-V.). Altérations des cellules et albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses, 477.
AUBRY, GUILLAUME et THUREL. Hydrocéphalie chronique chez l'adulte, 297.
— V. *Guillain*.
— Le vertige associé d'origine centrale, 344.
— V. *Mollaret*.
AUCLAIR (J.). V. *Halphen*.
AUDIT. V. *Vermeulen*.
AUSTREGESILLO (F.). Encéphalopathies infantiles, 138.

B

- BABONNEIX (L.) et ROUECHE. Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis, 295.
— Encéphalites aiguës rubéoliques, 694.
BALADO et FRANKE. Trajet de la radiation optique chez l'homme, 345.
— V. *Malbran*.
BALVET. V. *Christy*.

(1) Les indications en chiffres gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITÉCA (J.).
Tétanie post-opératoire avec troubles mentaux, 26.
- , LEY (J.) et TITÉCA (J.). Ménio-encéphalite saturnine, 129.
- , CAHEN (J.), LEY (J.) et TITÉCA (J.).
Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une arachnoïdite cérébrale. Opération, guérison, 308.
- , LEY (J.) et TITÉCA (J.). Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié, 877.
- BARBEAU (Antonio). Une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes, 489.
- , Bilan de 7 années de malariathérapie, 679.
- BARBIER (J.). V. *Bériel*.
- , V. *Mouriquand*.
- BARRÉ. Kyste du troisième ventricule, 297.
- BARRELET. V. *Lhermitte*.
- BARRÈRE. V. *Dide*.
- BARUK (Henri). *Discussion*, 642.
- et CAMUS (L.). Catalepsie biliaire expérimentale par la bile animale et la bile humaine du tubage duodénal, 646, 711.
- et CORNU (R.). Schizophrénie et ictère, 647.
- , BRIAND (H.), CAMUS (L.) et CORNU (R.). L'anxiété biliaire. Action de la bile sur les centres neuro-végétatifs, 653.
- et POUNEAU-DELILLE (G.). Catalepsie avec aphasie, apraxie, mort en état de mal, 853.
- et POUNEAU-DELILLE (G.). Ataxie aiguë polynévritique curable, 853.
- et LAURENT (D.). La phase somatique prodromique de la démence précoce, 875.
- BASCH (G.). V. *Weissenbach*.
- BAUDARD (André). V. *Petit*.
- BAUDOUIN et PUECH. Syndrome acromégalique au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, 851.
- BAYER (R.). La signification psychologique des modalités du Beau, 856.
- BEAUDOUIN (Henri). V. *Raynier*.
- , *Discussion*, 645, 839.
- BELLA (Luigi di). V. *Tullio*.
- BELEY (A.). V. *Mareschal*.
- , V. *Courtois*.
- BELLEFEUILLE (G. Lef. de). L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal, 487.
- BELOT (J.) et DELHERM (L.). Les rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens, 495.
- BENDER (Lauretta) et SCHILDER (Paul).
Encéphalopathie alcoolique. Polio-encéphalite hémorragique supérieure de Wernicke, 473.
- BENJAMIN (D.). V. *Fränkel*.
- BENNET (E.-A.). Les états anxieux, 460.
- , La psychopathologie des perversions sexuelles, 868.
- BENVENUTI (Marino). Présence du spirochète dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux, 477.
- , Le mécanisme d'action de la malariathérapie, 682.
- BÉRIEL et BARBIER. Observation anatomoclinique de tumeurs du III^e ventricule, 322.
- et RICARD. La trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs du III^e ventricule, 322.
- BERLUCCHI (C.). De la psychologie du schizophrène et de la formation des délires chroniques, 871.
- BERMANN (Gregorio). Mineurs abandonnés et délinquants dans la province argentine de Cordoba, 457.
- BERNARD (J.). V. *Flandin*.
- BERSOT. V. *Brandt*.
- BERTOYE (P.). V. *Mouriquand*.
- BERTRAND (Ivan). V. *Guillain*.
- , V. *Thomas (André)*.
- , V. *Bogaert*.
- et SMITH (Félix). Sur un type spécial d'atrophie croisée du cervelet, 888.
- BESSEMANS (A.). Pyrétothérapie et pyrétoprophylaxie antisypilitique, 679.
- BING (R.). Le principe de « libération » en physiopathologie, 465.
- BIOT (René). Principes et technique d'une politique de la santé publique, 455.
- BERNEUM (Karl). Principes méthodologiques de Pathographie, 145.
- BISSERY (P.). V. *Krebs*.
- BIZE. (P.-R.). V. *Schaeffer*.
- , Acromégalie et syndrome adiposogénital. Morphologie radiologique gastro-colique, 854.
- BLACKMAN (N.). V. *Kopeloff*.
- BODARD (A.). Le service neuro-psychiatrique de l'Armée pendant les années 1932-33, 306.
- BOGAERT (Ludo van). V. *Borremans*.
- , V. *Cohen (Ch.)*.
- et BUSSCHER (J. de). Polynévrite hypertrophique progressive, 307.
- et BUSSCHER (J. de). Athétose bilatérale, 307.
- , V. *Delhaye*.
- , Les dystrophies ectodermiques congénitales, 334.
- , De l'algohallucinoses aux troubles du schéma corporel, 423.
- , Sclérose tubéreuse et spongioblastome multiforme, 470.
- , V. *Duwe*.
- , V. (de) *Grootd*.

- et VERBRUGGE (Jean). Méninogblastome rachidien à inclusions mélaniques, 472.
- V. Martin.
- La pathologie de l'image de soi, 519, 744.
- Maladie familiale du groupe des tremblements congénitaux, 670.
- V. Lint (van).
- et BERTRAND (I.). Les leucodystrophies progressives familiales, 886.
- BOISSEAU. Le signe de Babinski dans l'insuffisance cardiaque, 113.
- BONHOMME (J.) et PICHARD (H.). La notion de réalité chez les délirants, 459.
- BONNAFOUS (Max). Le suicide : thèse psychiatrique et thèse sociologique, 458.
- BONNARD (R.). Ossifications et calcification de la dure-mère crânienne, 348.
- V. Laignel-Lavastine.
- BORSZTAJN (M.). Le caractère au point de vue de la théorie psychanalytique, 147.
- BORREMANS (Pierre) et BOGAERT (Ludo van). Manifestations extra-pyramidales de la trypanosomiase chez l'Européen, 136.
- et BOGAERT (L. van). Méninog-encéphalite diffuse d'origine endocarditique avec tumeur cérébrale, 136.
- , DYCKMANSS et BOGAERT (L. van). Formes familiales de la sclérose tubéreuse, 141.
- et BOGAERT (L. van). 1^{re} observation anatomo-clinique de maladie de Laurence-Moon-Biedl, 308.
- BOSCHI (Gaetano). Injection endorachidienne de phénolsulfonephthaléine et d'eau bidistillée, pour pyrétéro-neurothérapie, 495.
- BOTELHO (Adanto). Pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques, 703.
- BOUDWDIJK BASTIAANSE (F.-S. van). Forme familiale de sclérose tubéreuse, 140.
- BOULET. V. Lhermitte.
- BOULEY. V. Alajouanine.
- BOUMAN (K.-H.). Le syndrome schizophrénique considéré comme régression génétique, 126.
- BOURGEOIS (Henri). Audition et hystérie, 687.
- BOUSSI (P.). Accidents oculaires au cours du traitement par les sels d'arsenic pentavalents, 494.
- BOUTELLE (H.). V. Leulier.
- BOVEN. L'anxiété ; causes, symptômes, et traitement, 319.
- BOWMAN (Karl-M.) et KASANIN (J.). Schizophrénie constitutionnelle, 874.
- BRANDT et BERSOT. Kinésithérapie des troubles nerveux et mentaux, 320.
- BREW (M.-F.). Causes favorisant dans la psychose maniaque-dépressive, 870.
- BRIAND (H.). V. Baruk.
- BRIAU (R.). V. Ragnier.
- BRISSET (M.). Discussion, 237.
- et DEVALLET (J.). La paralysie générale de l'enfant, 241.
- BROUSSEAU (A.). Epilepsie diencephalique post-traumatique, 332.
- BRULL (Lucien). Transmission sanguine de la polyurie hypophysaire, 483.
- BURTON (P.) et LEY (Aug.). Dystrophie cranio-faciale, maladie de Crouzon, dans une famille saine, 668.
- BUSSCHER (J. de). Arachnoïdite de la fosse postérieure avec blocage complet du canal rachidien, 130.
- Aspects neurologiques de l'anémie pernicieuse, 137.
- V. Bogaert.
- Méninogme intraventriculaire, 671.
- Tabès et agoraphobie, 688.
- BUTTU (G.). V. Marinesco.

C

- CACHIN (M.). V. Mollaret.
- CAHANE (Mares). Cholestérol du cerveau dans certaines psychoses, 415.
- CAHEN (J.). V. Baonville.
- CALLEWAERT (H.). Graphologie et mécanisme physiologique de l'écriture, 132.
- et TITECA (J.). Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une encéphalite, 857.
- CAMBIER (Pierre). V. Dagnelie.
- CAMUS (L.). V. Baruk.
- CANIZO (A. del), ORS (J.-H. d') et ALVAREZ-SALA (J.-L.). Maladie de Friedreich, 888.
- CAPGRAS (J.). Psychose mixte. Paranoïa maniaque-dépressive, 459.
- CARDONA (Filipo). Etude sur le « gonflement » aigu de l'oligodendrogliose dans les psychoses, 697.
- CARON (Marcel). Discussion, 610, 847.
- et SIVADON (Paul). Interréaction psychopathiques chez deux sœurs schizophrènes, 812.
- CASAUBON (R.-A.). V. Pichard.
- CASTEX (Mariano-R.) et ONTANEDA (Luis-E.). La ponction cisternale (sous-occipitale), 340.
- CASTRO (Aloysio de). Acromégalie et maladie de Recklinghausen, 482.
- CATOLA. Troubles végétatifs dans l'encéphalite basilaire à forme dissociée, 334.

- CAUSSADE (L.) et MICHON (P.). L'ictus laryngé non tabétique, 883.
- CAUSSÉ (Raoul). Le vertige commotionnel, 344.
- CAZANOVE. Les conceptions magico-religieuses des indigènes de l'Afrique Occidentale Française, 869.
- CENI (C.). Les relations entre le cerveau, le psychisme et les viscères, et leur signification, 342.
- CERONI (L.). Psychologie de la douleur morale, 868.
- CHAILLET (J.). V. *Larrivé*.
- CHARMOT (R.-P.). V. *Mouriquand*.
- CHARPENTIER (Clément). *Discussion*, 838.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 72, 84, 237.
- Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code Pénal, 620.
- CHASTENET de GÉRY. V. *Lhermitte*.
- CHAVANY (J.-A.). Cypho-scoliose et paraplégie, 853.
- V. *Puech*.
- L'hématomyélie traumatique, 889.
- CHIRAY (Maurice), SALMON (Albert), ROGER (E.), LEBÈGUE (R.) et PRÉVAL (Mlle A. de). Formulaire de pratique médicale courante à l'usage des médecins praticiens, 341.
- CHRISTOPHE (L.) et MOREAU. Ataxie pariétale consécutive à un traumatisme 130.
- La syphilis du cervelet, 335.
- Neuro-fibromatose familiale, 472.
- , DIVRY et MOREAU. Psammome des plexus choroides du ventricule latéral, 671.
- CHRISTY, BALVET et MATHON. Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques, 319.
- CHTARKER (V.-A.). Signes nerveux de la brucellose chez l'homme, 136.
- CHUKRY (Ihsan). Tumeur de Growitz avec métastases cérébrales, 700.
- CIAMPI (Lanfranco). La pathologie du langage pendant l'âge d'évolution, 684.
- CIRES (Enrique de). Plexite lombaire symétrique provoquée par la sanochrysine, 470.
- CLARK (R.-M.). Le Mongolisme; conception nouvelle, 481.
- CLAUDE (Henri). *Discussion*, 424.
- Paraphrénie et psychose paranoïde, 462.
- , EY (Henri) et DUBLINEAU (J.). Pyréthérapie soufrée et chrysothérapie associée dans le traitement de certaines démences précoces, 490.
- et MASQUIN (Pierre). Le devenir des paralytiques généraux malarisés, 492.
- Variétés et valeur sémiologique du syndrome hallucinatoire, 866.
- et LÉVY-VALENSI (J.). Un schizophrène dans « La Comédie Humaine », 871.
- et EY (H.). Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique, 877.
- CLÉRAMBAULT (G.-G. de). *Discussion*, 429, 435.
- CODET (H.). Les bromures en pratique psychiatrique, 499.
- COHEN (Ch.) et BOGAERT (L. van). Idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypiques, 139.
- COHN (G. et M.). V. *Hyvert*.
- COLUCCI (Generoso). La glutation de l'encéphale dans le sommeil expérimental, 702.
- CONDOMINE (A.). Sadisme révélé par l'excitation éthylique chez un timide sexuel, 867.
- COPPEZ (H.). Les symptômes oculaires du status dysraphicus, 861.
- CORMAN (L.). *Discussion*, 259.
- V. *Vurpas*.
- CORNIL (L.) et MOSINGER (M.). Considérations critiques sur les rapports entre le poids du cerveau et l'intelligence, 343.
- et MOSINGER (M.). Troubles vasomoteurs périphériques dans les traumatismes médullaires, 889.
- CORNU (R.). V. *Baruk*.
- CORREA. Etiologie et pathogénie de l'épilepsie, 142.
- CORTESI (T.) et FATTOVICH (G.). Le « phénomène d'obstacle » de Donaggio, 705.
- COSSA (Paul). *Discussion*, 72.
- Psychoses toxi-infectieuses d'origine intestinale, 73.
- Sciatique de double origine: éclat d'obus et tumeur extradurale, 111.
- Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse, 332.
- COSTA PIMENTEL (Edmur da). Etude du pronostic de la paralysie générale progressive par la pneumoencéphalographie, 449.
- COSTEDOAT (M.). Les maladies mentales chez les militaires condamnés, 504.
- COULÉON. V. *Abély (Xavier)*.
- COURBON (Paul). Refus par un mari de recevoir au foyer son épouse guérie d'une psychose, 67.
- Guérison à 50 ans d'une astasie-abasie hystérique datant de l'enfance, 233.
- Délire mélancolique consécutif à une émotion joyeuse, 238.
- *Discussion*, 251, 426.

- Psychophysiologie du suicide. Le suicide non pathologique, 384.
- et MARS (Louis). Eschares cutanées barbituriques, 594.
- et MARS (Louis). Abolition de la spontanéité psychique par alcoolisme, 802.
- et MARS (Louis). Troubles mentaux et lésions phagédéniques multiples, 807.
- COURTHIAL (Mlle). V. *Heuyer*.
- COURTOIS (A.). V. *Marchand*.
- , MISSET et BELEY (A.). Paralyse générale d'évolution rapide chez un sujet atteint d'anévrysme aortique, 257.
- , PUECH (P.) et JACOB (Mlle E.). Syndrome tumoral; présentation démentielle, méningite, 265.
- et BELEY (A.). Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques, 318.
- CROUZON, FAURE-BEAULIEU et GENIL-PERRIN. A propos d'un internement contesté, 630.
- CROZET, DESCHAMPS et SIMON (Th.). Les à-côtés du niveau mental, 89.
- CULPIN (Millais). Les névroses professionnelles et le nystagmus des mineurs, 469.
- CZARNECKI (E.). V. *Hurynowicz*.

D

- DAGNELIE (Jacques). Polynévrites; documents cliniques, 307.
- Encéphalo-méningite lymphocytaire aiguë curable, 308.
- V. *Dubois*.
- et CAMBIER (Pierre). Anatomo-clinique de la sclérose latérale amyotrophique, 469.
- DALKE (L. M.). V. *Loudet*.
- DANCENIS (F.). L'émotivité, l'anxiété et l'angoisse, 868.
- DANIELS (G. E.). Etudes de clinique médicale et Psychiatrie, 869.
- DARRÉ (H.), MOLLARET (P.) et LANDOWSKI (Mlle). La maladie de Rossy-Lévy et la maladie de Friedreich, 888.
- DAVID (M.). V. *Mollaret*.
- DAVISON (Charles). La Xanthomatose et le système nerveux central. Syndrome de Schüller-Christian, 700.
- DEBRÉ, V. *Lhermitte*.
- DECHAUME (J.). V. *Pommé*.
- DECOURT (Jacques), MATHIEU (P.) et MEYER (L.). Syndrome de sclérose latérale amyotrophique consécutif à une encéphalite léthargique, 664.
- V. *Harvier*.
- DECROP. Y a-t-il une évolution dans la physionomie de la syphilis? 467.
- DELAVILLE (Maurice). V. *Dupouy*.
- DELAY (Jean). V. *Lévy-Valensi*.
- DELHAYE (A.) et BOGAERT (L. van). Un nouveau syndrome familial (Biemond) proche de la maladie de Laurence-Moon-Biedl, 308.
- V. (de) *Grootd*.
- DELHERM (L.). V. *Belot*.
- et NILUS (François). Roentgenthérapie lombo-sacrée et périphérique appliquées à la sciatique, 501.
- DELLAERT (R.). V. *Nyssen*.
- DELMAS (F.-Achille). Psychose périodique et démence précoce, 570.
- DEMAÏ (G.). Faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés? 94.
- DEREUX et SWYNGHEDAUW. Pneumato-cèle intra-cranienne, 664.
- DEROMBIES (Mlle). V. *Guiraud*.
- DESCHAMPS. V. *Crozet*.
- DESCUSSES. La création d'une consultation psychiatrique à l'Hôtel-Dieu de Troyes, 441.
- DESRUELLES (Maurice). Classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain, 41.
- LÉCULIER (P.), GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme) et GARDIEN (P.). Anxiété guérie ou améliorée par la vagotonine, 400, 398.
- Classification et statistique des maladies mentales, 315.
- DESSERT, GAUD (F.) et TESSIER. Cinq cas d'acrodynie, 887.
- DEVALLET (J.). V. *Brissot*.
- DIAZ (C. Jiménez). Les rhumatismes cervicaux comme cause d'états vertigineux, 344.
- DIDE et BARRÈRE. L'instinct et les psychopathies, 1.
- DIETHELM (Oskar). La non-organisation et la désorganisation psychique, 461.
- DIMITRI (V.). Aphasie par hémorragie de la zone lenticulaire, 475.
- Les aphasies, 865.
- DINGERNAUSE (E.), FREUD (J.) et JONG (H. de). Substance capable de provoquer la catatonie présente dans l'urine. Catatonine, 477.
- DIVRY (P.) et EVRARD. Substances antagonistes de la bulbocapnine, 131.
- et MOREAU (M.). Maladie d'Alzheimer, 132.
- et EVRARD. Sclérose tubéreuse, 140.
- Ramollissement, traumatique du noyau caudé, 305.
- Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus, 669.
- V. *Christophe*.

- et EVRARD (E.). Hypertélorisme fruste chez un épileptique, 858.
- De certaines altérations cylindriques dans la démence sénile, 859.
- DONNAGGIO (Art.). Résultats de sa réaction sur l'urine et le liquide céphalo-rachidien, 322.
- Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif, 323.
- DONNEDIEU de VABRES. *Discussion*, 836.
- DOSUZZOV (Theodor.). Les troubles du tonus musculaire dans l'encéphalite épidémique chronique, 691.
- DRAGANESCU et SAGER. Ependymite kystique du 3^e ventricule; observation anatomo-clinique, 334.
- DRESZER (R.) et SZCZYTT (C.). Psychose périodique liée au cycle menstruel, 481.
- DREYFUS (Gilbert). V. *Labbé*.
- DUBLINEAU. V. *Heuyer*.
- V. *Claude*.
- *Discussion*, 849.
- DUBOIS (R.), LEY (R.-A.) et DAGNÉLIE (J.). Anatomo-clinique des complications neurologiques et particulièrement des convulsions de la coqueluche, 346.
- DUBOIS-ANDRÉ (G.). Interprétation de la neurasthénie et de ses différents symptômes, 687.
- DUCASTÉ et FORTINEAU (Mme). Fracture de la VI^e cervicale au cours d'une pendaison-suicide, 667.
- DUJARDIN et DUMONT. Pathogénie de la syphilis exotique, 467.
- DUMAS (Georges). *Discussion*, 84, 85.
- Le monde mystique des paranoïdes, 442.
- DUMONT (J.). V. *Dujardin*.
- V. *Lalanne*.
- DUPOUY (R.). V. *Marchand*.
- et DELAVILLE (Maurice). Traitement des toxicomanes par les lipides végétaux, 497.
- DUWE (G.) et BOGAERT (L. van). Adénomes sébacés du type Pringle avec fibromatose cutanée dans une famille atteinte de sclérose tubéreuse, 471.
- DWELSHAUVERS (G.). Recherches expérimentales sur l'imagination, 856.
- DWORECKI (W.). Bacilles typhiques et affections des méninges, 480.
- DYCKMANSS. V. *Borremans*.
- DZIERZYNSKI. Gigantisme, 481.

E

- EDEL (Henri). V. *Feuillade*.
- ELEKES (N.). V. *Urechia*.

- ELLIS (Havelock). Précis de Psychologie sexuelle, 449.
- ESMERALDO (Z.). Paralyse générale et traumatisme, 879.
- ESPINEY (P. d'). V. *Mouriquand*.
- EVRARD. V. *Diary*.
- EY (Henri). Histoire des rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille, 101.
- Hallucinations; les formes psychomotrices verbales, 319.
- V. *Claude*.
- Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal, 680.
- V. *Picard*.

F

- FAÇON (E.). V. *Marinesco*.
- FATTOVICH (G.). V. *Cortesi*.
- FAURE-BEAULIEU. V. *Crouzon*.
- FAY (H.-M.). L'épiphyse en thérapeutique, 499.
- FAY (Temple) et GOTTEN (H.-B.). Valeur clinique du signe d'Hoffmann, 881.
- FERRARO (Armando). Encéphalomyélopathie toxique expérimentale, 135.
- FERRER (Diego). V. *Ferrer-Cagigal*.
- FERRER-CAGIGAL et FERRER (Diego). Les glioblastomes, 474.
- FEUILLADE (Maurice) et EDEL (Henri). L'huile soufrée dans le traitement des états d'agitation, 491.
- FEYEUX (Mme Andrée). V. *Froment*.
- FILHOL (Louis). Traitement de la paralyse générale par le Stovarsol, 456.
- FINK (E.-B.). Tumeurs malignes de l'hypophyse envahissant le diencéphale, 885.
- FISCHER (R.) et MORSIER (G. de). Hématome sous-dural chronique, 885.
- FITTJALDI (Antonio). L'encéphalite post-vaccinale, 694.
- FLAMENT (René). Les syndromes neuro-anémiques, 137.
- FLANDIN (Ch.), BERNARD (J.) et JOLY (F.). L'intoxication par les somnifères, 863.
- FONG (Theodore-C.). V. *Freeman*.
- FONTAINE (R.). V. *Leriche*.
- FORTINEAU (Mme). V. *Ducosté*.
- FRANCESCONI (G.-L.). Les psychoses séniles, 880.
- FRANÇOIS (J.). Les arachnoïdites opto-chiasmatiques, 861.
- FRANK (C.). V. *Santenaise*.
- FRANKE. V. *Balado*.

- FRÄNKEL (F.) et BENJAMIN (D.). La critique chez les sujets soumis à l'épreuve de Rorschach, d'interprétation des formes, 462.
- FRAZIER (Charles-H.) et ALPERS (Bernard-J.). Fibroblastomes méningés du cerveau, 473.
- FREEMAN (Walter), FONG (Théodore C.) et ROSENBERG (S.-J.). Le traitement de la démence paralytique par la diathermie, 493.
- , Le diagnostic de la neuro-syphilis, 685.
- FREIDSON (I. M.). V. *Zlatoveroff*.
- FREUD (J.). V. *Dingernause*.
- FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 71, 79, 98, 644, 661.
- , LASSALE et GERMAIN. Pneumato-cèles intra-craniennes, 295.
- et LASSALE. Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante, 661.
- , La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang, 676.
- FRIEDMAN BACHMAN (Ethel) et RICHTER (Curt P.). Abolition par la cocaïne de la catatonie provoquée par la bulbocapnine, 478.
- FRTZ (A.). Tension des vaisseaux rétiens en neurologie, 862.
- FROMENT (J.) et FEYEX (Mme Andrée). Aphasie motrice pure rééduquée par simple sommation de la mémoire des sons, 112.
- , LERICHE (R.) et FROMENT (Roger). Dissociation corticale des mouvements du pied par méningiome de la faux du cerveau, 112.
- , Dédoublement de la personnalité et amnésie avec obnubilation, 5 ans après encéphalite ; guérison par cure prolongée d'insuline, 319.
- et POMMÉ (B.). Attitudes d'encéphalite épidémique en léthargie par onirisme actif, 319.
- , Babinski, Charcot et Duchenne devant le problème de l'hystérie, 685.
- FROMENT (Roger). V. *Froment (J.)*.
- FUENTES (Fulgencio) et GUADAN de LASCARIS (Alejandro). Hypnotiques du groupe des uréides, 498.
- FUJII (Y.). V. *Uyematzu*.
- FURTADO (Diego). V. *Moniz*.
- G
- GABRIELLI (Mlle). V. *Pichard*.
- GALLOT (H.). V. *Laignel-Lavastine*.
- GARCIN (Raymond). V. *Rademaker*.
- GARDIEN (P.). V. *Desruelles*.
- GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme). V. *Desruelles*.
- GAUD (F.). V. *Dessert*.
- GAULT (R.-H.). La procédure criminelle aux Etats-Unis, 351.
- GAUTHIER (M.). L'Ereutrophobie et ses conséquences au point de vue militaire, 658.
- GAUTIER (M.). V. *Laignel-Lavastine*.
- GEHUCHTEN (P. van). Les neuro-anémies, 124.
- , MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Méningiome de l'angle ponto-cérébelleux, 296.
- GEMELLI (Fr. Agostino). L'orientation lointaine dans le vol en avion, 697.
- GÉNIL-PERRIN (Georges) et LEBREUIL (Mlle Madeleine). Un paranoïaque au bagne, 16.
- , V. *Crouzon*.
- , *Discussion*, 644.
- GERMAIN. V. *Fribourg-Blanc*.
- GERMAN (W.-J.). V. *Zimmerman*.
- GJESSING (R.). De l'étiologie et de la pathogénie de la Schizophrénie, 461.
- GLOBUS (Joseph-H.). Neurinome central associé à une sclérose tubéreuse, 469.
- GODIN (Pierre). V. *Marie*.
- GOTTEN (H.-B.). V. *Fay (Temple)*.
- GOUNELLE (H.). V. *Merklen*.
- GOURIOU. *Discussion*, 839.
- GRANDALL (Lathan-A.) et WEIL (Arthur). Pathologie du système nerveux central dans les maladies du foie, 695.
- GREEFF (E. de). Essai de définition du débile mental, 305.
- GREENFIELD (J.-G.). Sclérose cérébrale progressive chez les enfants, 346.
- GROODT (de), DELHAYE (A.) et BOGAERT (L. van). Forme maligne de la neuro-fibromatose, 472.
- GUADAN de LASCARIS (Alejandro). V. *Fuertes*.
- GUERNER (F.) et RIBIERO de SOUZA (S.). Perturbations mentales des formes prolongées d'encéphalite épidémique, 876.
- GUILBERT (Paul-Jean). Encéphalite épidémique à forme psychosique. Rôle des facteurs infectieux ou inflammatoires en psychiatrie, 448.
- GUILLAIN (Georges) et MICHAUX (P.). Syndrome parkinsonien par mésentéphalite syphilitique, 297.
- , AUBRY et MOLLARET. Réaction de la 8^e paire dans la maladie de Friedreich, 297.
- , BERTRAND (Ivan) et LEREBOLLETT (Jean). Myoclonies arythmiques et unilatérales par lésion du noyau dentelé du cervelet, 298.
- et MOLLARET (P.). La maladie de Friedreich. L'hérédité-dégénération spino-cérébelleuse, 887.

GUILLAUME. V. *Gehuchten* (P. van).

— V. Aubry.

— V. Martel (Th. de).

— V. Alajouanine.

GUIRAUD (P.). *Discussion*, 85, 237, 251, 425, 428, 610, 645, 812.

— et AJURIAGUERRA (J.). Lésions à prédominance régionale réalisant un syndrome d'apparence focale chez un paralytique malarisé, 259.

— et AGADJANIAN (N.). Maladie d'Alzheimer ou ramollissement sylvien partiel ? 600.

— et DEROMBIES (Mlle). Lésions en foyer du striatum. Troubles de la mimique, 700.

GUTHRIE (Riley-H.). V. *Hodskins*.

GUTWIRT (A.). V. *Taussig*.

H

HAAKON SAETHRE. Dosage des hormones sexuelles dans les troubles psychiques, 484.

HADFIELD (J.-A.). Psychopathologie des perversions sexuelles, 368.

HAGUENAU (J.) et NEGREANU (Al.). Poliomyélite antérieure chronique, 663.

HAHNEMANN (V.). V. *Askgaard*.

HALL (Roscoe W.). Organisation de la psychothérapie, 500.

HALPHEN (A.) et AUCLAIR (J.). Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes, 678.

HAMEL. *Discussion*, 101.

HARTMANN (Edward). Elargissement du canal optique à la radiographie dans la neuro-fibromatose avec tumeur du nerf optique, 471.

HARVIER (P.) et DECOURT (J.). Myotonie atrophique avec bradycardie, polyurie et obésité, 890.

HASKOVEC (V.). V. *Taussig*.

HASSIN (George-B.). Modifications du cerveau dans l'électrocution légale, 700.

HATTORI (R.). V. *Kubo*.

HAUSMANN (M.-F.). Méthode de démonstration objective de la difficulté de penser, 867.

HAUTANT (A.). Le vertige, 343.

— L'état mental dans les vertiges, 343.

— Les vertiges névralgies, 344.

— Les vertiges-névrites périphériques, 344.

HEERNU (J.). V. *Vermeulen*.

HEGER-GILBERT et LAET (de). Les séquelles douloureuses des traumatismes, 115.

HELSMOORTEL jr (J.) et THIENPONT. Tumeurs bilatérales de l'acoustique dans la neuro-fibromatose, 471.

HENNER (K.). Premiers signes cérébelleux des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, 885.

HERMANN. Chien privé expérimentalement de sa moelle dorso-lombo-sacrée, 324.

HEUCQUEVILLE (G. d'). Stérilisation chirurgicale et prophylaxie mentale, 489.

— Les assassins du médecin, 504.

— V. *Laignel-Lavastine*.

HEUYER (G.), COURTHIAL (Mlle), DUBLINEAU et NÉRON. Tests de caractères en neuro-psychiatrie infantile, 462.

— *Discussion*, 641, 645.

— et VOGR (Mlle Claire). Spasmes toniques du cou post-encéphalitiques avec troubles spasmodiques de la parole entraînant l'aphonie, 662.

—, LHERMITTE (J.) et VOGT (Mlle Claire). Forme familiale de l'encéphalite périaxiale diffuse, 854.

HILL (Lewis-B.). Obstacles à la psychothérapie, 501.

HILL (T.-R.). V. *Worster-Drought*.

HINSIE (Leland-E.). Psychothérapie adéquate à l'Hôpital, 500.

HODSKINS (Morgan-B.) et GUTHRIE (Riley-H.). Modifications de l'évolution de l'épilepsie apportées par le cancer, 144.

HOEVE (Van den). Les phakomatoses de Bourneville, de Recklinghausen et de von Hippel-Lindau, 470.

HOEVEN (H. van der). La psychiatrie et le criminel, 132.

HOLLANDER (F. d') et ROUVROY (Ch.). La dégénérescence muqueuse dans le cerveau des déments précoces, 698.

HOPKINS (Mme Helen). Recherches chimiques dans le syndrome épileptique. Cholestérolémie, 702.

HORNET (T.). V. *Nicolesco*.

HOSKINS (R.-G.) et SLEEPER (F.-H.). Les fonctions organiques dans la schizophrénie, 873.

HOUSTON HERRITT et MERRILL MOORE. La pupille d'Argyll-Robertson, 684.

HOVEN (A.). Les psychoses colibacillaires, 669.

HUC. V. *Thomas (André)*.

HURYNOWICZ (Mlle J.) et CZARNECKI (E.). Elévation de la chronaxie des pneumogastriques à travers la peau, 478.

HUTCHING (Richard-H.). Psychothérapie à l'Hôpital, 500.

HYVERT, STOERR et COHN (G. et M.). Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce, 840.

I

- IMBER (I.). Evolution d'un cas de psychose maniaque-dépressive, 870.
 —. Action psycho-motrice de l'alcool dans la schizophrénie, 873.
 ISRAËL (L.). V. *Merklen*.

J

- JACQUOT (G.). V. *Ledoux*.
 JACOB (Mlle E.). V. *Courtois*.
 JANET (P.). *Discussion*, 424, 427, 428, 435.
 JANICHEWSKI (A.). La conception biologique de la maladie, 701.
 JANOTA (O.). Etiologie de la paralysie des mouvements associés des yeux, 882.
 JASPER (H. H.). V. *Malamud*.
 JEANNENEY (G.). Traitement chirurgical de la maladie de Basedow, 496.
 —. Traitement du rhumatisme chronique ankylosant par la parathyroïdectomie, 499.
 JELGERSMA (H. C.). Travail et tendances destructrices, 132.
 JOITRAIN (E.). L'émotion facteur de déséquilibre humoral, 342.
 JOLY (F.). V. *Flandin*.
 JONG (H. de). Catatonie biologique expérimentale, 131.
 —. V. *Dingernaese*.
 JUMET (R.). V. *Morsier (G. de)*.

K

- KAFKA (V.). Réactions dissociées du liquide céphalo-rachidien, 480.
 KAMANO (H.). V. *Uyematsu*.
 KASANIN (J.). Les psychoses schizo-affectives aiguës, 874.
 —. V. *Bowman*.
 KING (Allen D.). V. *Kulchar*.
 KLIPPEL (M.). Le Népenthicisme, 134.
 KLOTZ (P.). V. *Weil (M.-P.)*.
 KOANG (N.-K.). V. *Pagniez*.
 KOPELOFF (N.) et BLACKMAN (N.). Présence de spirochètes dans les cerveaux de paralytiques traités par la malaria, 879.
 KOULKOFF (A. E.). Hérédo-akinésie paroxystique douloureuse, 693.
 KRAUL (Ludwig). Les sécrétions internes génitales de la préhypophyse, 483.
 KREBS (E.), LEMOYNE (J.), LOISEL (G.) et BISSERY (P.). Syndromes des 4 dernières paires craniennes par échinococcose, de l'os occipital, 666.

- KRIVY et MATULAY (K.). Modifications cliniques chez les paralytiques généraux impaludés, 878.
 KUBO (K.) et HATTORI (R.). La paralysie générale en Corée, 880.
 KULCHAR (Georges V.) et KING (Allen D.). L'amyltal sodique pour prévenir les accidents de la ponction lombaire, 498.
 KULIKOWSKI. V. *Lhermitte*.

L

- LABBÉ (Marcel) et DREYFUS (Gilbert). Parkinson post-encéphalitique et trouble de la nutrition, 705.
 LACAPERE (C.). La syphilis nerveuse chez les Arabes, 466.
 LACROIX (J.). V. *Pommé*.
 LAET (de). V. *Heyer-Gilbert*.
 LAGACHE (D.). V. *Mollaret*.
 LAGRIFFE (L.). La signification et la valeur du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise, 311.
 LAHY (J.-M.). La psychotechnique et la psychiatrie, 487.
 LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER. Les mé-taplasies des méningoblastomes, 296.
 — et VINCHON (Jean). L'anxiété paludéenne, 461.
 —. Tremblement émotif et métabolisme de base, 479.
 —, HEUCQUEVILLE (G. d') et SCHWOB (R. A.). Syndrome pré-sénile, endocrinien et cérébral, 606.
 — et LIBER (Amour F.). Méningo-encéphalite tuberculeuse à symptomatologie psychique pure, 641.
 —, BONNARD (R.) et GAUTIER (M.). Syndrome de Claude-Bernard-Horner traumatique avec maladie de Dupuytren et anxiété paroxystique par aérophagie, 850.
 —, SCHWOB (R.) et GALLOT (H.). Syndrome neuro-anémique, 852.
 LALANNE (J.) et DUMONT (J.). Hallucinosse consécutive à une insolation, 653.
 LANDOWSKI (Mlle). V. *Darré*.
 LAPLANE (R.). V. *Lemierre*.
 LARIVIÈRE (Paul). Position actuelle du problème de l'hystérie, 686.
 LARRIVÉ (E.). V. *Mestrallet*.
 — et MESTRALLET (A.). La pyrétothérapie dans le traitement des maladies mentales, 489.
 — et CHAILLET (J.). Conception biologique des maladies mentales, 701.
 LARUELLE. Les centres végétatifs du diencéphale médian. Partie anatomique, 324.
 —. Hyperpnée expérimentale, 851.

- LASSALE. V. *Fribourg-Blanc*.
 LAUNAY. V. *Péron*.
 LAURENT (D.). V. *Baruk*.
 LAUVRIÈRE (Emile). L'étrange vie et les étranges amours d'Edgar Poe, 450.
 LEBÈGUE (R.). V. *Chiray*.
 LEBREUIL (Mlle Madeleine). V. *Génil-Perrin*.
 LE COULTRE (R.). Chorée de Huntington sans mouvements choréiques, 131.
 LÉCULIER (P.). V. *Desruelles*.
 LEDOUX (E.) et JACQUOT (G.). Les hémiplegies et les aphasies transitoires des cardiaques, 884.
 LEGRAND (E.). V. *Plouffe*.
 LE GUILLANT. L'inscription sur la liste des médecins experts près les tribunaux des médecins des asiles ayant moins de 5 ans d'exercice professionnel, 123.
 LEHMAN (R.). Traitement curatif du tétanos, 502.
 LEMIERRE (A.) et LAPLANE (R.). Néphrite azotémique et encéphalite précoces au cours d'une scarlatine, 694.
 LEMOYNE (J.). V. *Krebs*.
 LENDRUM (F. C.). Tentatives de suicide, 870.
 LÉONET. Choix des sels d'or, 320.
 LEPINAY (E.). La fréquence actuelle de la neuro-syphilis en pays marocain, 467.
 LÉPINE (Jean). Malariathérapie et paralysie générale. Hypothèses pathogéniques, 491.
 LEREBOLLETT. V. *Péron*.
 —. V. *Guillain*.
 LERICHE (R.). V. *Froment (J.)*.
 — et FONTAINE (R.). Technique des diverses sympathectomies lombaires, 502.
 LEROY (A.). Chorée de Huntington sans mouvements choréiques, 130.
 LE SAVOUREUX (H.). Bergsonisme et neurologie, 864.
 LESCHKE (Erich). Le diabète insipide et le système hypothalamo-hypophysaire, 483.
 LESZCZYCKI (M. A.). Métabolisme dans la psychose maniaque-dépressive, 479.
 LEULIER (A.), POMMÉ (B.) et VELLIEZ (J.). Le magnésium sérique à l'état normal et dans les états psychopathiques, 320.
 —, POMMÉ (B.) et BOUTEILLE (H.). La perméabilité hémio-méningée de l'homme dans divers états pathologiques, 323.
 — et POMMÉ (B.). Action de l'iode de strontium, 323.
 LEVIN (Max). La pathogénie de la narcolepsie, sommeil paralytique et sommeil localisé, 683.
 LÉVY-SOLAL et PARIENTE (B. de). Rôle du terrain dans l'éclampsie puerpérale, 884.
 LÉVY-VALENSI et DELAY (Jean). Inspiration poétique morbide, 223.
 — et DELAY (Jean). Délire archaïque (astrologie, envoûtement, magnétisme), 229.
 —. V. *Claude*.
 LEY (Aug.). La sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales, maladie de Bourneville, 139.
 —. Sclérose tubéreuse de Bourneville, sans troubles mentaux avec hérédité similaire dans la descendance, 140.
 —. V. *Burton*.
 LEY (J.). V. *Baonville*.
 —. Dégénérescence hépato-lenticulaire, 306.
 — et TORDEUR (G. W.). Alexie et agraphie d'évolution chez des jumeaux monozygotiques, 670.
 LEY (R.-A.). V. *Dubois*.
 LHERMITTE (J.), SENGÈS, BOULET et TRELLES. Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante, 317.
 —. Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique, 327.
 —, WORMS et AJURIAGUERRA. Les lésions de l'hypothalamus dans les syndromes neuro-anémiques, 333.
 —, DEBRÉ et UHRY. Examens anatomo-pathologiques cardiaques au cours de paralysies diphtériques mortelles, 347.
 —. *Discussion*, 426, 427.
 —. Les hallucinations dans les syndromes pédonculaires et leur pathogénie, 427, 556.
 —, MASSARY (J. de) et TRELLES (J.-O.). Gliose extra-pié-mérienne et formations névromateuses dans une variété de syphilis bulbo-spinale, 475.
 —, KULIKOWSKI et TRELLES (J.-O.). Intoxication expérimentale par le diéthylphosphate de plomb, 665.
 — et CHASTENET de GÉRY. Torticolis spasmodique ayant débuté par un spasme des oculo-gyres, 850.
 — et BARRELET. Embolie gazeuse cérébrale d'origine périphérique, 852.
 —. V. *Heuyer*.
 —. Les hallucinations et le rêve, 866.
 LIBER (A. F.). V. *Pichard*.
 —. V. *Laignel-Lavastine*.
 —. Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments, 448.
 LIMA (Almeida). V. *Moniz*.

- LINDBERG (B.-I.). La réaction myodystonique dans la schizophrénie, 873.
- LINDEMANN (E.). V. *Malamud*.
- LINT (van) et BOGAERT (L. van). Cas isolé de dysostose cranio-faciale, maladie de Crouzon, 860.
- et BOGAERT (L. van). Cas familial apparenté à la maladie de Laurence-Moon-Biedl, 860.
- LISI (L. de). Physiopathologie du système extrapyramidal, 692.
- LOISEL (G.). V. *Krebs*.
- LÓPEZ ALBO (W.). Abcès subduraux extraencéphaliques, 348.
- Traitement des accidents post-rachianesthésiques par l'éphétonine, 499.
- LOUDET (O.) et DALKE (L. M.). La psychogénèse et la valeur pronostique du syndrome de Cotard, 460.
- LÖWENSTEIN (O.). Observation clinique-cinématographique de l'épilepsie; analyse expérimentale des crises, 143.
- M
- MALAMUD (William), LINDEMANN (E.) et JASPER (H.-H.). Effets de l'alcool sur la chronaxie du système moteur, 478.
- MALBRAN et BALADO. L'arachnoïdite du chiasma, 474.
- MALLET (Raymond). L'obsession de négation, 459.
- MAMOU (H.). V. *Schulmann*.
- MARBAIS (S.). Théorie cérébrale de l'immunité et de l'anaphylaxie, 452.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 71, 237, 251, 265, 599, 605, 644, 645, 812.
- et COURTOIS (A.). L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique, 88, 359.
- , MICOUD (R.) et TRUSQUES (J.). Paralysie générale avec réactions humérales négatives, 252.
- et DUPOUY (R.). Cachexie progressive par lésion infundibulo-tubérienne. Maladie de Simmonds, 281.
- et MICOUD (R.). Épilepsie psychique traumatique, 798.
- MARESCAL et BELEY. Syndrome hallucinatoire aigu à prédominance auditive chez un aveugle alcoolique, 64.
- *Discussion*, 599.
- MARIE (Auguste) et GODIN (Pierre). Le problème des malades musulmans à Paris, 486.
- Immigration et hygiène mentale, 488.
- MARINESCO (G.). Idiotie amaurotique type Vogt-Spielmeyer et maladie de Nieman Pick, 139.
- , FAÇON (E.) et BUTTU (G.). Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite épidémique, 334.
- Recherches sur l'action de la mescaline, 703.
- Visions colorées produites par la mescaline, 703.
- MARIOTTI. Traitement de la paralysie générale par injection endoveineuse d'auto-liquide céphalo-rachidien médicamenteux, 495.
- MARKUSZEWICZ (R.). Aperçu préliminaire de la psychopathologie de l'instinct de conservation, 147.
- Premières bases d'une psychologie de l'instinct de conservation, 147.
- MAROT (R.). V. *Pomné*.
- MARS (Louis). V. *Courbon*.
- MARTEL (Th. de). V. *Gehuchten (P. van)*.
- et GUILLAUME (J.). Troubles thermiques consécutifs aux interventions sur l'encéphale, 331.
- et GUILLAUME (J.). Les tumeurs de la loge cérébelleuse, 338.
- V. *Alajouanine*.
- MARTIMOR (E.). V. *Ragnier*.
- MARTIN (Paul) et BOGAERT (L. van). Hémangiome du cervelet chez deux sœurs, 473.
- et BOGAERT (L. van). Tumeur encéphalo-médullaire, 886.
- MARTTI KAILA. L'épilepsie traumatique séquelle de commotion cérébrale, 689.
- MASQUIN (Pierre). V. *Claude*.
- MASSARY (J. de). V. *Lhermitte*.
- MASSIÈRE (R.). Les encéphalopathies de la diphtérie, 135.
- MATHIEU (P.). V. *Decourt*.
- MATHON. V. *Christy*.
- MATILLA (V.). Valeur de la sérothérapie dans le traitement du tétanos, 503.
- MATOWETZKY (I.). Taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien et perméabilité de la barrière vasculaire cérébrale, 476.
- MATULAY (K.). V. *Krivy*.
- MAUCLAIRE, ABÉLY (X.) et NODÉ. Syndrome des sclérotiques bleues chez une aliénée, 289.
- MAURIC (G.). V. *Alajouanine*.
- MAUSS (Marcel). Les techniques du corps, 114.
- MAY (Etienne). La régulation nerveuse de l'hématopoïèse, 479.
- MAZEL (P.). V. *Mouriquand*.
- MAZZA (A.). De l'étiologie de la démence précoce, 876.
- MECO (Esvaldo). Le tonus végétatif dans la paralysie générale, 702.
- Action physiologique et thérapeutique de la bulbocapnine chez l'homme, 704.

- MEIGNANT (Paul). Tumeurs du 3^e ventricule, 314.
- MENCARELLI (Lodovico). Encéphalopathies de la coqueluche, 695.
- MENEMEY (W.-H.-Mc). V. *Worster-Drought*.
- MENNATO (Mario de). Maladie de Parkinson traumatique et pathogénie de l'hystérisme, 689.
- MERKLEN (L.). V. *Santenaise*.
- , GOUNELLE (H.) et ISRAËL (L.). Méningite cérébro-spinale. Purpura. Troubles de la glycorégulation, 890.
- MERRILL MOORE. V. *Houston Merritt*.
- MESSING (S.). La maladie de Hallevorden-Spatz, 138.
- MESTRALLET et LARRIVÉ. Psychose colibacillaire avec pyélonéphrite, guérison par sérothérapie, 318.
- et LARRIVÉ. Utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques, 320.
- V. LARRIVÉ.
- MEYER (A.). Intoxications expérimentales. Altérations cérébrales par l'acide prussique, 479.
- MEYER (L.). V. *Decourt*.
- MICHAUX. V. *Guillain*.
- MICHON (Paul). Encéphalite épidémique à forme vertigineuse, 690.
- V. *Caussade*.
- MICOUD (R.). V. *Marchand*.
- MIGNOT. *Discussion*, 72, 232.
- MILLER (J.-C.). Hygiène mentale dans le district de Québec, 488.
- MINKOWSKI (E.). *Discussion*, 437.
- Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques, 443.
- Délire de négation chez un paralytique général, 460.
- MINKOWSKI. Anatomie pathologique de l'épilepsie, 347.
- MIRA (E.). Catastrophes post-opératoires accidentelles chez des névropathes, 141.
- MISKOLICS. Syncinésies symétriques dans la stupeur, 113.
- MISSET. V. *Courtois*.
- MODENA (G.). La morbidité par maladies mentales en Italie dans les trois années 1926-27-28, 865.
- MOLLARET (P.). V. *Guillain*.
- , DAVID (M.) et AUBRY (M.). Difficulté du diagnostic entre tumeurs frontales et tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, 663.
- et CACHIN (M.). La forme radiculocordonnale postérieure de la maladie de Friedreich, 663.
- et LAGACHE (D.). Syndrome de Weber.
- Délire mnésique au cours d'une épilepsie bravais-jacksonienne, action du cyanure d'hydrargyre, 791.
- V. *Darré*.
- MONAKOW (P.-V.). De la représentation centrale des fonctions végétatives, 464.
- MONCHANIN (abbé). V. *Mouriquand*.
- MONIZ (Egas) et FURTADO (Diogo). Compressions médullaires par lympho-granulomatose, maladie de Hodgkin, 501.
- , LIMA (Almeida) et FURTADO (Diogo). Troubles circulatoires cérébraux du voisinage du siphon carotidien, 693.
- MONTPELLIER (J.). La syphilis nerveuse en Algérie, 468.
- MOREAU. V. *Christophe*.
- V. *Dirvy*.
- MORGENSTERN (Mme Sophie). Psychanalyse et Education, 463.
- MORSIER (G. de) et JUMET (R.). Automatisme mental semblable évoluant depuis 20 ans chez deux jumelles identiques, 320.
- V. *Fischer*.
- MOSINGER (M.). V. *Roger*.
- V. *Cornil*.
- V. *Roussy*.
- MOUCHET (A.). Les artères du cerveau, 345.
- MOURIQUAND (G.), PÉHU (M.), BERTOYE (P.), BARBIER (J.), VIGNARD (P.), MAZEL (P.), ESPINEY (P. d'), MONCHANIN (abbé), CHARMOT (R.-P.). Médecine et éducation, 453.
- MUSKENS (L.-J.-J.). La base anatomique des positions forcées des yeux, soi-disant paralysie du regard, 882.
- MYERSON (Abraham). Aspects psychiatriques sociaux du mineur délinquant, 504.

N

- NEEL (Axel-V.). V. *Askgaard*.
- NEGREANU (Al.). V. *Haguenau*.
- NEGRO (Fedele). Le rôle de l'hypothalamus dans la polyarthrite chronique déformante, 333.
- NELKEN (Jean). Hygiène psychique dans l'armée, 486.
- NÉRI (Vincenzo). Les modifications du rythme respiratoire au cours des interventions neuro-chirurgicales, 113.
- NÉRON. V. *Heuyer*.
- NICOLESCO (J.) et HORNET (T.). Pathologie vasculaire de la couche optique, 111.
- Organisation des centres proprioceptifs de l'axe médullo-bulbo-pon-tomésencéphalique, 883.

- NIESSL VON MAYENDORFF. Théorie du neurone, 112.
 NILUS (François). V. *Delherm*.
 NODET. V. *Mauclaire*.
 —. V. *Abély (Xavier)*.
 NOGALES PUERTAS. Le substratum anatomo-physiologique de l'émotion, 696.
 NOGUIER (Pierre-Léopold). L'origine infectieuse des psychoses, 447.
 NOICA (D.). Récentes acquisitions sur la physiologie cérébelleuse, 882.
 NOUGUIER (M.). V. *Tournaire*.
 NYSSEN (R.) et DELLAERT (R.). Contribution expérimentale à l'étude du tremblement parkinsonien, 131.

O

- ODIER (Ch.). Etiologie de la névrose à la lumière de la théorie de Freud, 148.
 OHYAMA (K.). Variations des troubles pupillaires chez les paralytiques maralisés, 492.
 OLMER (Jean). Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow, 496.
 OMBRAS (J.). Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques curables, 864.
 ONTANEDA (Luis E.). V. *Castex*.
 ORS (J.-H. d'). V. *Canizo*.
 OSMAN (Mazhart). Intoxication hachichique et démence précoce, 321.
 —. La sclérose en plaques en Orient, 322.
 OSTANOW (P.). Le signe du miroir dans la démence précoce, 787.
 OSTERREICHER (W.). Les hormones sexuelles du lobe antérieur de l'hypophyse, 483.
 OUMANSKY (V.). V. *Weil (M.-P.)*.

P

- PAGNIEZ (Ph.). Epilepsie par hypoglycémie ? 143.
 —. Migraine, 693.
 —. PLICHET (A.) et KOANG (N. K.). L'épilepsie expérimentale chez le cobaye suivant la technique de Brown-Séquard, 703.
 PAILLAS (J.). V. *Roger*.
 PARIENTE (de). V. *Lévy-Solal*.
 PASCAL (Mlle C.). Le brouillard étiologique de la démence précoce, 875.
 PASKIND (H.-A.). Hérité des psychasthéniques, 867.
 PASQUALINI (Ruggero). Nouvelle méthode de pyrétothérapie, 493.

- PATRIKIOS (J.-S.). Les névrites en Grèce, 690.
 PAUCOT (H.). L'orientation de l'eugénique moderne, 123.
 PAUNZ (A.). Le complexe de Lear, revers du complexe d'Édipe, 148.
 PÉHU (M.). V. *Mouriquand*.
 PENFELS (W.). V. *Torkildsen*.
 PÉRES (Heitor). La schizophrénie latente et son importance médico-légale, 706.
 PERNIOLA (Filippo). La geno-cuti-réaction chez les alcooliques chroniques, 705.
 PÉRON (Noël). *Discussion*, 99.
 —. LEREBoullet et LAUNAY. Hémitemblement parkinsonien au cours de la sclérose en plaques, 296.
 PETIT (Georges) et BAUDARD (André). Psychose infectieuse chronique. Parkinsonisme fruste, 269.
 — et BAUDARD (André). Crises conscientes d'épilepsie bravaiss-jacksonienne ; ramollissements et hémorragies cérébrales successives, 276.
 —. Fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés aux syndromes anxieux, 318.
 — et BAUDARD (A.). Fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale, 318.
 — et ARCHIMBAULT. Nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie ; démence précoce guérie après 10 ans de traitements, 320.
 PEYTON (William-T.). Développement de la topographie crano-cérébrale étudiée par la méthode orthoscopique, 685.
 PICARD. *Discussion*, 100, 259, 644, 848.
 — et EY (Henri). Avantages du projet de loi portant refonte du code pénal, 832.
 PICHARD (H.), CASABON (R.-A.) et GABRIELLI (Mlle). Action du chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans divers syndromes neuro-psychiatriques, 59.
 — et LIBER (A.-F.). Parkinsonisme fruste-traumatique, 80.
 — et LIBER (Amour-F.). Psychasthénie grave avec troubles labyrinthiques chez un basedowien, 286.
 —. V. *Bonhomme*.
 PIÉDELIEVRE. Les gauchers, 855.
 PINARD (A.). V. *Ragnier*.
 PINTUS (Giuseppe). Aspect et comportement de la motilité des frénasthéniques « biopathiques », 141.
 PISANI (D.) et SINISCALCHI (R.). La pyrétothérapie dans la schizophrénie, 490.
 PLICHET (A.). V. *Pagniez*.

- PLOUFFE (D.) et LEGRAND (E.). Les raptus mélancoliques. Etude médico-légale, 870.
- POMMÉ (M.). V. *Froment* (J.).
- V. *Leulier*.
- , MAROT (R.) et LACROIX (J.). Les condamnations dans les antécédents des arriérés sociaux ou déséquilibrés engagés volontairement dans l'armée, 321.
- La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques, 323.
- et DECHAUME (J.). Tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces, 581.
- PONTA (P.). L'âge des parents dans les maladies mentales, 869.
- PONZO. Capacité de travail et éducatibilité, 146.
- POPOWA (Mme G.-P.). Les psychoses de la malaria, 878.
- PORCHER. *Discussion*, 85.
- POROT (A.). La paralysie générale chez l'indigène Nord-Africain, 468.
- Pyrétothérapie de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves, 679.
- PORTMANN (Georges). Traitement chirurgical des phlébites et thrombo-phlébites sinuso-jugulaires, 502.
- POTET (M.). Le syndrome de l'hémiballisme, 886.
- POTTER (Howard-W.). Le traitement de la paralysie générale juvénile, 493.
- POUMEAU-DELILLE (G.). V. *Baruk*.
- POURSINES (Y.). V. *Roger*.
- PRADO Y SUCH. Histopathologie de l'épilepsie essentielle, 698.
- PRÉVAL (Mlle A. de). V. *Chiray*.
- PROKUPK (J.). V. *Taussig*.
- PUECH (P.). V. *Courtois*.
- V. *Beaudouin*.
- et CHAVANY (J.-A.). Le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau, 854.
- Q
- QUARTI (G.). V. *Riquier*.
- R
- RABAUD (E.). Le monde vivant sans hérédité, 144.
- RADEMAKER (G. G. J.). Le mécanisme de quelques réactions cérébrales optiques, 129.
- et GARCIN (Raymond). Le réflexe de clignement à la menace, 683.
- et GARCIN (R.). L'épreuve d'adaptation statique, 882.
- RADOVICI et RISPSINE PAPAZIAN (Mlle). Syndrome diencéphalo-hypophysaire, acromégalie chiropodale avec parkinsonisme post-encéphalitique, 334.
- RAMON Y CAJAL (S.). Neuronisme ou réticularisme ? 697.
- RAMOND (Louis). Epilepsie peu banale, 144.
- RAVIARD et VULLIEN. L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle, 118.
- RAYBAUD. V. *Roger*.
- RAYNEAU. *Discussion*, 599, 801, 839.
- RAYNIER (Julien) et BEAUDOUIN (Henri). BRIAU (R.) et PINARD (A.). Le régime alimentaire des asiles d'aliénés, 455.
- et MARTIMOR (E.). L'assistance aux enfants anormaux, 484.
- RECORDIER (M.). V. *Roger*.
- REESE (Hans H.). Traitement de la neurosyphilis par la tryparsamide, 494.
- REITER (P.-J.). Psychoses de motilité, 876.
- REPOUD (A.). *Discussion*, 99.
- Influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie, 342.
- RIBIERO de SOUZA (S.). V. *Guerner*.
- RICARD. V. *Bériel*.
- RICHARD (Rodolphe). Délires secondaires à la Malariathérapie, 492.
- RICHET fils (Ch.). La pyrétothérapie. Généralités, 673.
- RICHTER (Curt P.). V. *Friedman Buchman*.
- RIEBELING (Carl). Action thérapeutique sur les modifications pathologiques de pression du liquide céphalo-rachidien, 495.
- RQUIER (G. C.) et QUARTI (G.). Thérapeutique endorachidienne de la neuro-syphilis, 494.
- RISER et TAMALET (E. et L.). Contribution à l'étude des tumeurs du III^e ventricule, 322.
- RISPSINE PAPAZIAN (Mlle). V. *Rado-vici*.
- RIVELA GRECO (Aldo). Action élective de certains composés mercuriels sur le système nerveux, 478.
- RIZZO (Chr.). Le métabolisme de l'eau, 333.
- ROBIN (Gilbert). Les drames et les angoisses de la jeunesse, 454.
- RODRIGUEZ PÉREZ (A. P.). V. *Sanz Ibáñez*.
- ROGER (E.). V. *Chiray*.

- ROGER (Henri), ARNAUD (Marcel) et ALLIEZ (Joseph). Compression dorsolombaire par télangiectasie veineuse pie-mérienne. Curiethérapie, 112.
- , POURSIKES (Y.) et RECORDIER (M.). Polynévrite après sérothérapie antitétanique curative, 113.
- , POURSIKES (Y.), ALLIEZ (J.) et PAILLAS (J.). Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne, 322.
- , ALLIEZ (J.) et PAILLAS (J.). Tumeurs métastatiques à point de départ utérin, 322.
- , MOSINGER et RAYBAUD. Forme fébrile et héli-myoclonique d'une tumeur kystique du tronc cérébral, 332.
- , Pyrétothérapie et affections du système nerveux, 674.
- , SIMÉON (Pierre) et ALLIEZ (Joseph). Sclérose en plaques ou infection grippale pneumococcique ? 695.
- , Diagnostic des paralysies flasques, 884.
- ROJAS (Luis). Histopathologie de la catatonie expérimentale, 698.
- ROSENBERG (S. J.). *V. Freeman*.
- ROSSI (Ottorino). Les encéphalopathies en foyer par troubles circulatoires, 692.
- ROUCHE. *V. Babonneix*.
- ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Le noyau tangentiel de l'hypothalamus et ses connexions, 665.
- et MOSINGER (M.). La zone pré-optique, 665.
- et MOSINGER (M.). La substance innommée de Reichert et ses connexions, 853.
- ROUVROY (Ch.). *V. Hollander*.
- S
- SACRISTAN (J.-M.). Les psychoses atypiques de l'encéphalite chronique, 877.
- SAGER. *V. Draganesco*.
- SALLE (Louis). Les cures arsénobenzoliques de simple blanchiment dans l'évolution de la syphilis marocaine, 468.
- SALMON (A.). Les propriétés thermo-régulatrices du tuber cinereum, 334.
- , *V. Chiray*.
- , Les troubles psychiques d'origine hypophysaire, 482.
- , Le facteur organique dans la pathogénie des phénomènes hystériques, 686.
- SANTE DE SANCTIS. Travail intellectuel, 145.
- SANTENOISE (D.), MERKLEN (L.), VIDACOVITCH (M.) et FRANK (C.). Les bases physiologiques du traitement de l'hypertension par la vagotonine, 496.
- SANZ IBÁÑEZ (I.) et RODRÍGUEZ PÉREZ (A.-P.). Histopathologie de l'encéphalite post-vaccinale expérimentale, 346.
- , Etude expérimentale sur le sommeil, 701.
- SARNO (Domenico). Action de la bulbocapnine sur la contraction musculaire, 477.
- SATÓ (Syôdi). Localisations visuelles et auditives dans l'écorce cérébrale, 706.
- SAUCIER (Jean). Le problème de l'alcoolique, 488.
- SCHACHTER. Etude clinique des neuropathies infantiles, 138.
- SCHAEFFER (Henri) et BIZE (R.). Torticolis spasmodique avec syndrome cérébello-pyramidal d'origine spécifique, 663.
- , *V. Thomas (André)*.
- SCHENK (V.-W.-D.). L'hémicéphalie, 346.
- SCHILDER (Paul). *V. Bender*.
- SCHLESINGER (Benno). Syndrome des astrocytomes fibrillaires du lobe temporal, 475.
- SCHMID (H.). Ectodermoses neurotropes et pathogénie des affections encéphaliques, 466.
- SCHMITT. Problèmes morphotypologiques, 342.
- SCHUBE (Purcell-G.). L'encéphalographie dans les états mentaux anormaux avec diabète insipide, 685.
- SCHULMANN (E.) et MAMOU (H.). Diagnostic des cachexies endocriniennes, 484.
- SCHULTHESS (P.). De l'objection de conscience d'origine morbide, 352.
- SCHWOB (R.-A.). *V. Laignel-Lavastine*.
- SEBEK (Jean). Les modifications de la sensibilité dans le syndrome parkinsonien encéphalitique, 691.
- , Les troubles du système sympathique dans le syndrome parkinsonien encéphalitique, 691.
- SEMELAIGNE (René). Nouveaux souvenirs d'un passé récent, 451.
- SENGÈS. *V. Lhermitte*.
- SÈZE (Stanislas de). *V. Tixier*.
- SICCO (Antonio). Le rapport albuminocytologique dans le pronostic de la paralysie générale, 476.
- SIDWELL (Doris-M.). Direction mentale de l'enfance au Danvers State Hospital, 485.
- SIERRA (A.-M.). L'état actuel du problème des démences séniles : La démence sénile typique, 463, 880.

- SIMÉON (Pierre). V. *Roger*.
 SIMON (Th.). V. *Crozet*.
 —. De quelques formules peut-être imprudentes de certificats d'internements, 642.
 SIMONNET (H.). L'instinct combatif et l'instinct sexuel, 696.
 SINISCALCHI (R.). V. *Pisani*.
 SIVADON (Paul). V. *Caron*.
 SKWCRTSOFF (K.-A.). Syndrome de Korsakoff au cours du rhumatisme articulaire aigu, 695.
 SLEEPER (F.-H.). V. *Hoskins*.
 SMITH (Félix). V. *Bertrand*.
 SMITT (W.-G.-S.) et ZIEDESSES des PLANTES (B.-G.). Dysostoses cranio-faciales, 887.
 SOLER (Juan). Traitement nouveau de la morphinomanie, 497.
 SORREL (L.). V. *Thomas (André)*.
 SORREL-DÉJÉRINE (Mme). V. *Thomas (André)*.
 SOUCHARÉW (G.-E.). Les rémissions au cours des formes légères de schizophrénie, 872.
 SPATER (A.). Cruauté, violence et colère, 146.
 STEIN (Calvert). Facteurs héréditaires dans l'épilepsie, 143.
 STERLING (W.). La pathologie du caractère et ses relations avec les troubles des sécrétions internes, 480.
 STEWART (R.-M.). Types juvéniles de paralysie générale, 879.
 STOERR. V. *Hyvert*.
 STROESSLER (C.). Causes et début de l'épilepsie, en particulier chez les jumeaux épileptiques, 142.
 STRÖM-OBSEN (Rolf). La narcose par le somnifène; traitement de l'intoxication par l'insuline, 688.
 SUBIRANA (Antonio). Les syndromes vasculaires neurocutanés, 688.
 SWYNGHEDAUW. V. *Dereux*.
 SZCZYTT (C.). V. *Dreszer*.
 SZWARC (G.). La stérilisation eugénique des anormaux, 339.
- T
- TAMALET (E. et L.). V. *Riser*.
 TAUSSIG (L.), GUTWIRT (A.), HASKOVEC (V.) et PROKENPEK (J.). Schizophrénie et tuberculose, 462.
 TCHIGÉOWA (A.). Raphanie, 696.
 TÉCHOUEYRES (E.). Essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la médecine, 145.
 TELATIN (Luigi). Hydrocéphalie expérimentale par lésions nerveuses, 699.
- TELLIER (H.). Traitement des états maniaques, 497.
 TERRIEN (Félix). Les symptômes oculaires de l'acromégalie, 482.
 TESSIER. V. *Dessert*.
 THÉRY (Roger). Les signes physiques dans le délire hallucinatoire chronique, 448.
 THIENPONT. V. *Helsmoortel*.
 THIERS (J.). La syphilis du cervelet et des connexions cérébelleuses, 338.
 THOMAS (André). La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne, 329.
 — et TRELLES. Neurospongiome du 3^e ventricule sans symptômes de localisation, 333.
 —. Altérations du nerf phrénique dans la phrénicectomie par arrachement, 662.
 — et SORREL. Interventions chirurgicales pour syndrome de Wolkmann, 850.
 —, SCHAEFFER (H.) et BERTRAND (I.). Paralysie de l'abaissement du regard, 883.
 —, SCHAEFFER (H.) et HUC. Spondylite traumatique avec ostéoporose. Tabes, 889.
 —, SORREL (L.) et SORREL-DÉJÉRINE (Mme). La paraplégie scoliotique, 889.
 THUREL. V. *Aubry*.
 —. V. *Alajouanine*.
 TINEL (J.). La vaso-motricité cérébrale, 692.
 TITECA (J.). V. *Baonville*.
 —. Atrophie corticale; présentation de pièces, anatomiques, 305.
 —. V. *Callevaert*.
 TIXIER (Léon) et SÈZE (Stanislas de). Action de l'insuline sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards, 496.
 TOMASSON (Helgi). Traitement des états de dépression dans la psychose maniaque-dépressive, 497.
 TORDEUR (G.-W.). V. *Ley (Jacques)*.
 TORKILDSEN (A.) et PENFIELD (W.). Interprétation ventriculographique, 884.
 TOULOUSE (Ed.). L'expertise psychiatrique, 299.
 —. La violence et l'hygiène mentale, 489.
 TOURNAIRE (A.) et NOUGUIER (M.). Tension artérielle dans les névroses tachycardiques, 687.
 TOURNAY (Auguste). Essai d'orientation neuro-physiologique, 326.
 TOYE (Guy-Pierre). Etude physiopathologique de la démence précoce, 446.
 TRELLES (J.-O.). V. *Lhermitte*.
 —. V. *Thomas*.

- , Maladie de Friedreich avec troubles mentaux ; examen anatomo-clinique, 760.
- TROILO (Eleogardo B.). Epilepsie, 144.
- TULLIO (Petro) et BELLA (Luigi di). Excitation des éléments nerveux par les champs électriques variables, 704.
- TUSQUES (J.). V. *Marchand*.

U

- UHRY. V. *Lhermitte*.
- URECHIA (C. I.) et VELUDA. Neuromyélite optique aiguë avec contrôle anatomique, 113.
- et ELEKES (N.). Mélancolies chez un athéromateux avec tension artérielle normale. Oasis de névroglie, 245.
- UYEMATZU (S.), FUJII (Y.) et KAMANO (H.). Pyrétothérapie de la paralysie générale par les injections intra-veineuses de gono-vaccin, 493.

V

- VAMPA (D.). Recherches psycho-statistiques sur les aptitudes et les vocations, 146.
- VANELLI (Angelo). La méthode Mariotti et la pyrétothérapie sulfurée dans la paralysie générale, 491.
- VELLIEZ (J.). V. *Leulier*.
- VELUDA. V. *Urechia*.
- VERBRUGGE (Jean). V. *Bogaert*.
- VERCELLI. Diabète insipide consécutif à une typhoïde datant de 5 ans, guérison par Roentgenthérapie, 333.
- VERMEYLEN (G.) et VERVAECK (P.). Homicide commis par un paralytique général malarisé, 123.
- , Le syndrome schizophrénique aigu, 133.
- , Hallucinations et niveau mental, 429.
- et HEERNU (J.). Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol, 858.
- et AUDIT. Développement intellectuel et milieu, 858.
- VERSTRAETEN (Paul). L'optimisme en thérapeutique psychiatrique, 501.
- VERVAECK (Louis). 2 années d'application de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes, 349.
- , Les mesures de défense sociale au Danemark, 350.

- , Débiles mentaux en prison et dans la population libre, 503.
- VERVAECK (P.). V. *Vermeylen*.
- VIDACOVITCH (M.). V. *Santennoise*.
- VIDAL ABAL (Emilio). L'asile-colonie régional mixte des aliénés d'Oliva, 485.
- VIETS (Henry R.). Hémangioblastome de la rétine et du cervelet. La maladie de Lindau, 474.
- VIGNARD (P.). V. *Mouriquand*.
- VIGNAUD. *Discussion*, 71.
- VIGNES. Thyroïdomanie, 441, 666.
- VINCENT (Clovis). Hématomes sous-duraux, 298.
- , Lobectomie frontale et troubles psychiques, 298.
- VINCHON (Jean). V. *Laignel-Lavastine*.
- VLAIVANOS. Injections intrarachidiennes de liquide céphalo-rachidien, 321.
- , Les toxicomanies en Grèce, 321.
- , Effets de l'électropexie sur le système nerveux, 321.
- VOGT (Mlle Claire). V. *Heuyer*.
- VULLIEN. V. *Raviart*.
- VURPAS (Cl.) et CORMAN (L.). Le diagnostic clinique précoce de la paralysie générale, 341.

W

- WAALS (H. G. van der). Analyse d'un cas de surdi-mutité apparente, 133.
- WAHL. L'amour du voyage lointain comme cause de fugue chez les mineurs, 321.
- , Schizophrénie et expédition militaire, 321.
- WALLON (Henri). Les origines du caractère chez l'enfant, 336.
- WEIL (Arthur). V. *Grandall*.
- WEIL (Mathieu-Pierre), OUMANSKY (V.) et KLOTZ (P.). Syndrome amaurotique hypertensif, 851.
- WEINGROW (Samuel M.). Un réflexe pathologique par percussion du talon, 469.
- WEISSENBACH (R.-J.) et BASCH (G.). Les traitements de la syphilis, 340.
- WIMMER (August). Le laboratoire psychiatrique de l'Université et la Clinique neuro-psychiatrique de Copenhague, 446.
- WORMS. V. *Lhermitte*.
- WORSTER-DROUGHT (C.), HILL (T.-R.) et MENEMEY (W.-H.-Mc.). Démence présénile familiale avec paralysie spastique, 881.
- WYRSCH (I.). La schizophrénie chez les épileptiques, 875.

Y

YAHN (Mario). Sulfopyrétothérapie de la paralysie générale progressive, 457, 491.

Z

ZADOC-KAHN (Léon). Méningite grip-pale suivie de diabète, 135.

ZAIZEWA (Mme A.-I.). Atteinte de la moelle dans l'actinomycose, 887.
ZANETTI (G.). Structure et histogénèse de la gomme cérébrale, 699.
ZARA (E.). Le test d'inhibition dans la schizophrénie, 873.
ZIEDSES DES PLANTES (B.-G.). V. *Smitt*.
ZIMMERMAN (H.-M.) et GERMAN (W.-J.). Tumeurs colloïdes du 3^e ventricule, 885.
ZLATOVEROFF (A. I.) et FREIDSON (I. M.). Atteintes du système nerveux au cours de la pellagre, 465.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'INSTINCT ET LES PSYCHOPATHIES

Essai de psychopathogénèse

PAR

DIDE et BARRÈRE



1° Esquisse historique

Les systèmes nosographiques qui, successivement, permirent le classement des faits qu'apporte chaque jour la clinique mentale, reposent sur des conceptions assez différentes.

A) Après l'effort, surtout descriptif, qui se poursuit depuis l'antiquité jusqu'à Pinel, on note, durant la période qui va de Morel à Magnan, une volonté pathogénique. Pour Morel, le dégénéré ne serait que la déviation du type normal de l'humanité ; parfait à l'origine de l'espèce. Pour Magnan, le type idéal n'est pas au début mais à la fin de l'espèce, l'évolution normale de l'homme le conduit à la plus grande perfection. La dégénérescence, d'après le schéma de l'échelle double, serait un mouvement de progression d'un état plus parfait vers un état moins parfait, celui-ci étant engendré par toute cause susceptible de contrarier le double mouvement naturel de l'être vers sa conservation propre et vers celle de son espèce.

La dégénérescence, caractérisée par des stigmates obsédants et impulsifs, se distingue de la prédisposition latente, révélée par des causes occasionnelles légères. Un déséquilibre temporaire peut exceptionnellement résulter, dans un cerveau valide, de causes extérieures toxiques, infectieuses ou émotives.

A cette doctrine, où le malade occupe une place prépondérante, on a voulu substituer la notion presque exclusive de la maladie importée, accidentelle. Cependant, un revirement s'est produit avec Dupré et Delmas, entre autres, et leurs travaux sur les constitutions morbides.

B) Kraepelin, isole à côté de la démence précoce les paraphrénies, englobant les délires systématisés chroniques hallucinatoires et la folie maniaque dépressive. L'étude de la maladie, au cours de son évolution, met le facteur durée au premier plan et les épisodes regroupés au cours de l'existence, révèlent des liaisons inconnues. Les entités évolutives déjà indiquées par Lasègue et Magnan, sont à l'ordre du jour et suscitent des recherches dans le monde entier.

C) L'Ecole sociologique de Durkheim exerce ensuite son influence. La pensée individuelle apparaît comme un substitut de la pensée collective et la valeur personnelle est évaluée par rapport à la coopération sociale. Nous pensons l'œuvre Bleulerienne tributaire autant de cette inspiration que des techniques psychanalystes ; l'aliéné, considéré comme séparé, sectionné de l'organisation collective, apparaît, au sens étymologique, comme schizophrène. Avant de discuter la valeur d'une synthèse capable d'englober tous les délires, les diverses formes de la démence précoce, les états maniaques dépressifs, voire les criminels inadaptés, on se souviendra qu'un critérium social n'est pas nécessairement applicable à la nosographie descriptive.

D) On ne demandera pas non plus à la méthode psychologique plus qu'elle ne peut fournir. On devra distinguer avant tout les symptômes mentaux essentiels, issus directement d'une altération organique appréciable des symptômes qui leur sont secondaires. Suivant que l'instinct ou l'intelligence est d'abord atteint, on constatera des réactions secondaires d'ordre intellectuel ou affectif.

Les tentatives qui conduisent aux notions de paranoïa, de délire à base d'interprétations délirantes (Sérieux et Capgras), ou d'hallucinations (Gilbert Ballet), malgré leur incontestable valeur clinique, méconnaissent la puissance potentielle de l'instinct et de l'affectivité qui dynamise les possibilités intellectuel-

les et leur confère, suivant les cas, force ou fragilité. La conception rationaliste régnait à peu près sans conteste dans l'Ecole psychiatrique française, voici quelques années. Les aliénistes cités restent tributaires de l'époque psychologique où parurent leurs recherches.

E) L'influence de Bergson en psychiatrie s'affirme chaque jour davantage. Sans doute fût-il préparé, peut-être même à son insu, par l'œuvre de Von Hartmann, mais il domine son époque pour avoir su révéler les états d'âme insaisissables et pourtant initiaux par la magie des images qui se succèdent, plus qu'il ne les traduit expressément par des symboles abstraits. Par là, il s'avère très supérieur à Freud qui prétend projeter la clarté dans l'inconscient par la lumière réfléchie de la conscience. La théorie de Freud se base sur une notion juste qui a pris une extension exagérée, c'est à savoir le rôle de l'affectivité dans l'association des idées et des images. Dans la psychanalyse, la conscience n'est qu'une fraction de la vie psychique totale et les forces qui l'animent sont inconscientes pour la plupart. Régis et Hesnard appliquent le terme de psychodynamisme à cette conception dynamique de l'esprit. On doit donc reconnaître que l'élan vital n'est pas si différent qu'il peut sembler de la libido : énergie sexuelle considérée dans sa faculté de transformation et d'évolution. Mais à côté de cette tendance sexuelle, il envisage les tendances non sexuelles se rapportant au « moi », à la personnalité même du sujet. L'œuvre Bergsonienne, si elle inspire de nombreux psychiatres, Cellier et Mourgue entre autres, n'affecte aucune prétention psychiatrique, tandis que Freud, après avoir voulu expliquer toutes les maladies mentales par le refoulement sexuel, s'imagine les guérir par la libération de cette contrainte.

F) Au début du XIX^e siècle, Lamarck, Bichat, Broussais, héritiers de la pensée de Bordeu, insistent sur le rôle de la vie végétative dans l'apparition de la conscience. Pour Lamarck, le sentiment intérieur est la condition des instincts adaptés d'emblée à leur but et imperfectibles. Il est l'origine des penchants naturels, modalités émotives systématisées ou passionnelles, il est la source médiate des sentiments particuliers ou inclinations.

Ceux-ci sont les produits complexes du sentiment intérieur, des restrictions apportées par l'âge, des préventions subies, des opinions admises, en un mot, du milieu et de l'habitude.

Lamarck a su discerner la valeur primordiale de la fonction instinctive et sa révélation cénesthésique ; il a montré leurs vir-

tualités tendues continuellement vers l'éclosion de la connaissance.

On demeure de la sorte dans la tradition de Spinoza pour qui :
« La première chose qui constitue l'essence de l'âme n'est rien autre que l'idée du corps existant en nous. »

2° Les spécialisations cérébrales, leurs défaillances et leurs relations anatomo-cliniques

A dater du moment où une fonction se spécialise, elle crée un organe spécifique pour l'assurer. Cette détermination dans l'étendue s'établit lorsque les fluctuations évolutives deviendraient préjudiciables à l'avenir de l'individu et de la race. De toutes les fonctions autonomes, on peut dire que la première à se fixer morphologiquement est la fonction sexuelle dont le noyau cellulaire voué à l'amitose est la première ébauche, les étapes de la karyocinèse offrant déjà une exacte image de la reproduction bisexuée. Et cependant, malgré des perfectionnements successifs, cette fonction subit, chez les mammifères, encore bien des incertitudes auxquelles les morphologies hermaphrodites apportent leur témoignage tératologique.

Ce préambule conduit à n'accepter l'inclusion intégrale et indissoluble de la fonction dans l'organe que sous les plus expresses réserves. Elle s'impose dans une certaine mesure pour l'encéphale où à côté d'organes assez nettement individualisés comme le cervelet, l'ensemble des régions pigmentées, des cellules globuleuses, la couche optique et les corps striés par exemple, le manteau cortical offre, d'une région à l'autre, de telles analogies que la méthode de discrimination architectonique a donné beaucoup moins qu'elle ne promettait.

L'espoir laissé par les localisations cérébrales fut également bien souvent déçu et, après de longues réflexions inspirées par une collection de pièces cérébrales commencée voici plus de trente ans, nous en arrivons à dissocier le problème.

En ce qui concerne les faits, en quelque sorte élémentaires, de perception et d'expression, on peut dire que le cuneus préside à la vision, à quelques réserves près (conservation de la vision centrale) que les perceptions tactiles élémentaires s'échelonnent sur P.A. et qu'audition, olfaction et gustation appartiennent au tiers antérieur du lobe temporal, tandis que la motilité n'atteignant pas le symbolisme relève de F.A.

Mais si nous envisageons non plus les perceptions et expres-

sions simples, mais les phénomènes qui évoquent une pensée intra-consciente, c'est-à-dire beaucoup plus abstraite, on voit combien les spatialisations fonctionnelles deviennent incertaines. Il n'en peut être autrement puisque ces faits de conscience traduisent des synthèses polyperceptives et actives et que vouloir distinguer pratiquement l'apraxie de l'agnosie représente le plus souvent un effort simplement spéculatif, en contradiction avec la réalité clinique. Ces constatations orientent vers un solide optimisme quant à l'avenir intellectuel humain, qui progressera mentalement tant que les morphologies organiques, qui servent de substratum aux opérations de l'esprit, n'auront pas acquis l'immuabilité par la spécialisation.

Ceci n'exclut cependant pas une certaine liaison anatomo-clinique entre l'intégrité cérébrale et le bon fonctionnement de la pensée. On est, d'après ce qui précède, simplement contraint à une extrême réserve lorsqu'on cherche à établir une relation entre une lésion circonscrite et un état mental.

Nous indiquions plus haut un retentissement inévitable des déviations et incertitudes instinctives sur la conscience ; à un moindre degré, mais cependant d'une façon appréciable, on note souvent une association des déficits mentaux primitifs et des états d'instabilité ou de perplexité instinctive dont il va être question. A la vérité, il ne s'agit pas nécessairement d'un choc en retour d'ordre psychologique et l'hypothèse qui attribue à un désordre fonctionnel relevant, tant pour la vie intellectuelle que pour la vie instinctive, d'une cause morbifique commune, nous séduit davantage. A l'appui de cette deuxième hypothèse, nous citons les nombreux cas de paralysie générale précoce où les caractères démentiels ayant rétrocedé, des symptômes nettement délirants subsistent très longtemps.

Or, nous prétendons que ces symptômes ne peuvent pas relever directement d'une déviation ou d'une insuffisance primitivement corticale.

3° Base instinctivo-cénesthésique de tous les états psychopathiques

Nous voudrions d'abord éviter, à l'abri de controverses nosographiques, une amphibologie sur la catégorie d'aliénés que nous groupons sous une commune pathogénie.

Si l'on adopte la classification de Magnan, nous englobons la manie, la mélancolie, la manie à double forme, le délire chroni-

que et les démences vésaniques des dégénérés ; si l'on adhère à la terminologie Kræpelinienne, nous rapprocherons la folie maniaque dépressive, les paraphrénies, et la démence précoce. Ajoutera-t-on que si on accepte la formule de Bleuler, la schizophrénie devra revêtir son sens le plus large et comprendre les schizothymies qu'on a voulu en dissocier.

Nous nous plaçons ici sur un terrain étiologique et clinique avec le solide appui d'observations datant de 25 ans.

Pourquoi les états mentaux à base instinctivo-cénesthésique éclatent-ils souvent dans la même famille et généralement à l'époque de la puberté ?

La familialité pose le problème du terrain. La dégénérescence cellulaire de Schäffer : « les tissus phylogéniquement les plus jeunes subissent les altérations les plus profondes, au lieu que les plus anciens présentent des altérations plus superficielles » (1). nous donne une explication de la fréquence des lésions cérébro-spinales dans les maladies constitutionnelles, mais ne nous laisse pas entrevoir la pathogénie des affections de la puberté. Celles-ci pourront avoir leur origine dans des imprégnations latentes de virus filtrants destinés beaucoup plus tard à s'individualiser en lésions tuberculeuses par exemple. On échappe ainsi à tout reproche de mystique.

Quant à l'influence révélatrice de la puberté, elle se conçoit sans peine. Jusqu'à son apparition, l'enfant vécut avec un instinct limité aux révélations des besoins organiques et des affections assez peu spécifiques puisqu'elles s'adressent à tous ceux qui prennent soin de sa vie matérielle. Au contraire, quand paraît la puberté, un monde nouveau de désirs et de sentiments apparaît. Pareille étape, qui conduit à la spécificité d'un appétit de reproduction ne se franchit pas sans dommage si l'équilibre mental se montre originellement un peu fragile. Bien loin d'invoquer les traumatismes moraux restrictifs, c'est-à-dire le refoulement, nous trouvons, dans une incapacité d'épanouissement moral du troisième aspect instinctif, la cause des divers déséquilibres de la pensée psychopathique.

a) SYNDROMES BASÉS SUR LES ANOMALIES DE L'ÉLAN CÉNESTHÉSIQUE

Les périodes réputées normales, parfois prolongées, qui séparent les accès soit d'agitation, soit de dépression, semblent s'op-

(1) Maurice DIDE. — *Introd. à l'étude de la Psychogénèse*, 1 vol. Masson, p. 47, 1926. Voir ce livre pour plus de détails.

poser à l'hypothèse d'un désordre instinctif fondamental. Et cependant, dans quelques observations méticuleusement suivies depuis 1909, nous constatons que les périodes intercalaires, loin d'offrir le caractère neutre qu'on leur suppose, ou même de correspondre à des états maniaques dépressifs larvés, impliquent un travail généralement paranoïaque, parfaitement dissimulé, mais dont on trouve la trace évidente au début de chaque période d'agitation ou de dépression. Aucune des modestes contraintes imposées par la vie n'est acceptée d'un esprit égal ; chacune devient la source de tendances revendicatrices et souvent de réactions hostiles simplement différées. Il nous fut même possible d'étudier les transformations d'un symbolisme délirant latent durant les phases d'apparence équilibrée et qui cependant progressait vers une généralisation cosmogonique évidente. Ces faits rapprochent la maniaque-dépressive du délire systématisé progressif.

Nous possédons à l'Asile quatre observations indiscutables de cette évolution complexe et peu connue.

Si nous prenons un de ces intermittents durant une de ses phases les plus manifestement agitées, nous verrons la complexité et les rapides fluctuations de sa cénesthésie. D'une façon habituelle, il exprimera une intuition de force supérieure, de puissance sexuelle à peu près illimitée, d'intelligence exceptionnelle, mais la moindre allusion adroitement orientée vers son état de dénuement provoquera des pleurs. D'autre part, on se tromperait lourdement en ne parlant que d'excitation et de dépression chez lui. Sa perplexité malveillante, recouverte par ses digressions emphatiques et quelques petites crises de découragement, se révèle par ses tendances hypercritiques, ses insinuations calomnieuses, surtout dans l'ordre sexuel.

L'altération instinctive fondamentale saute aux yeux des moins avertis, qu'il s'agisse des formes maniaques ou mélancoliques : dans les premières, on est accoutumé à voir les femmes lubriques, provocantes jusqu'à l'indécence et l'exhibition ; les hommes qui dans la vie courante se montrent mous, circonspects en gestes et en paroles, affectent des propos pornographiques et scatologiques qui deviennent plus orduriers encore s'ils pensent scandaliser. Chez les mélancoliques, les principes même de l'instinct de conservation paraissent compromis ; les convictions d'indignité, de culpabilité imaginaire, de damnation, ne sont que les expressions d'un manque de goût à la vie, exactement opposé à l'impression de surpuissance des périodes expansives.

Si l'on considère l'accélération ou le ralentissement du cours

des idées, leur fluidité ou leur viscosité, ou encore l'attention volontaire diminuée dans les deux cas, l'attention automatique exagérée vers le dehors dans la manie et vers le dedans dans la mélancolie, tous ces symptômes d'une conscience transformée sont manifestement secondaires.

Si d'ailleurs, on découvrirait au cours de syndromes maniaques mélancoliques ou hypocondriaques, une atteinte primitive de l'intelligence, on pourrait à coup sûr en déduire qu'ils dépendent d'un état démentiel relevant de la syphilis, de l'alcoolisme chronique ou de la paralysie générale.

L'évolution morbide doit être envisagée, suivant notre méthode psychogénétique, aux stades qui vont de l'inconscient à la conscience. Des mécanismes purement instinctifs déterminent une accentuation des tendances égoïstes et vaniteuses assez communes dans l'enfance, mais qui souvent s'atténuent à partir de l'époque scolaire. L'éveil sexuel ne fait qu'accentuer l'autisme, il se traduit souvent par des pratiques solitaires et du narcissisme.

A ces symptômes caractéristiques d'aptitudes instinctives défaillantes s'ajoutent des intuitions d'étrangeté viscérale, d'incertitude organique, de déviation fonctionnelle, de la perplexité organique en un mot, qui relèvent du sentiment cénesthésique altéré.

Cette introversion progressive, cette accentuation de l'égoïsme, ne va pas sans une adaptation émotionnelle et passionnelle.

Rappelons incidemment que notre conception unique et triple de tous les degrés mentaux s'applique parfaitement à l'activité ou la cause émouvante et l'expression émotive se distinguent de l'émotion ressentie. On peut même aisément concevoir des cas où l'émotion sera spontanément éprouvée suivant un thème préétabli, sans aucune cause émouvante exogène.

Telle est la pathogénie des intuitions d'hostilité, de malveillance constante, bien avant l'organisation délirante. On verra se préciser tous les traits de la perplexité pessimiste morale, décrite par Specht et faite de méfiance, de préventions injustifiées, de certitudes passionnées prédéterminées par le désarroi sentimental égocentrique.

L'autisme, qui constitue le noyau de la personnalité délirante, conduit à des formes plutôt hypocondriaques ou plutôt persécutées suivant que la perplexité s'applique de préférence à la vie cénesthésique ou à la vie sociale.

On n'éprouve aucune surprise à voir la poussée instinctivo-cénesthésique susciter l'attention spéciale des auteurs car, plus on

entre dans la sphère des états mentaux représentables verbalement, plus leur étude prête à des développements faciles. Toutefois les aspects les plus apparents ne sont pas toujours les plus caractéristiques.

L'expérience nous permet d'affirmer en effet qu'en l'espèce interprétations et hallucinations constituent des méthodes confirmatives de la conviction délirante et non comme on le suppose souvent des symptômes initiaux et pathogènes. S'il en était autrement et si l'on devait admettre des lésions corticales propres à déclencher les perceptions sans objet, on n'arriverait pas à comprendre comment les opérations les plus subtiles de l'esprit, les opérations d'ordre technique, les raisonnements logiques et abstraits conservent leur absolue perfection : un fonctionnaire, un mathématicien, un médecin indiscutablement revendicateurs n'ont rien perdu de leur virtuosité professionnelle et de leur rigueur scientifique.

Mais par ailleurs, dès qu'interviennent les convictions autiques, la passion délirante déforme les faits, leur confère un sens *a priori* péjoratif. Des gestes, des attitudes, des silences sans portée confirment la certitude malade : un consommateur qui dans un café pérore sur le fascisme ou prétend restaurer les finances publiques par quelque méthode banale empruntée à un quotidien, deviendra, pour le persécuté, un agent provocateur qui doit recevoir une correction. Et si ce vaniteux redresseur de torts subit par hasard quelque injure ou des violences, persuadé qu'il est victime d'un noir complot, il poursuivra par toutes les voies légales la punition des coupables supposés.

Le monde est ainsi fait que ces êtres néfastes groupent généralement autour d'eux les débiles, les mécontents, les envieux qui n'ont même pas trouvé en eux la force d'organiser un délire.

La pensée verbale joue dans la conscience un rôle si constant que son intervention dans les expressions délirantes apparaît comme inévitable.

Par extension ou déviation, on attribuera aux mots indifférents un sens amplifié ou péjoratif. Ou bien le groupement d'expressions banales, choisies dans un texte quelconque, apporte la preuve cherchée.

Pareil besoin de déformation inconsciente des mots s'étend également à l'activité individuelle. Tel délirant, pris d'un spasme orbiculaire, déclarera : « C'est le télégraphe Morse qui agit en moi. » Chaque clignement équivaldrait à un trait et l'interruption à un point.

Plus tard seulement, l'interprétation délirante confèrera un sens précis à ces simples contractions involontaires.

Nous possédons là comme l'ébauche des hallucinations perceptives et psychomotrices dont nous nous occuperons bientôt.

Le malade soumis à la torture, celle-là directement ressentie, d'emprise et de dépossession de la pensée qui lui fait parler « d'autopsie morale », d'exclusion ou de superposition psychologique, en arrive, lorsque « l'étreinte se relâche », à supposer l'enchaînement spontané de sa pensée également soumis à des artifices. L'intermittence des états cénesthopathiques et d'intuition intérieure normale, laisse croire à des surimpositions fabuleuses successives. Mais on ne voit rien là d'hallucinatoire.

Nous avons d'autre part interrogé des centaines de malades sans parvenir à établir un lien valable entre la parole comprise ou volontairement exprimée et ce qu'on qualifie d'hallucinations perceptives psychomotrices. Les hallucinés discernent exactement leurs perceptions et expressions habituelles des symptômes morbides allégués ; c'est faute de trouver des expressions adéquates qu'ils désignent de même façon des phénomènes très différents.

Visant sans cesse à confirmer leur délire, de même que sans preuve, ils attribueront l'origine de leurs souffrances à des collectivités plus ou moins secrètes comme la police, la franc-maçonnerie, les jésuites, le fascisme, de même qu'ils cherchent à en rendre compte par analogie avec le téléphone, la T.S.F., l'électricité en général, de même encore leur perplexité cénesthésique leur fera concevoir des bourdonnements d'oreille, une sensation vertigineuse, des phonèmes ou des mouches volantes, des spasmes ou des tics, comme manifestement imprégnés d'une signification symbolique.

Ceci est si vrai que si l'on établit réellement un poste de T.S.F. ou un phonographe dans un quartier de délirants, tous goûtent un réel plaisir à cette distraction et n'y attachent pas plus de sens psychopathique qu'aux conversations réellement entendues. Quand ils parlent de voix ou d'influences électriques, ils ont soin de préciser : c'est comme si on me parlait dans l'oreille par un téléphone ou appareil de T.S.F. exclusivement émetteurs de mauvaises nouvelles.

Malgré que notre observation personnelle ne nous oriente pas de ce côté, nous concéderons provisoirement que des automatismes verbaux et articulo-moteurs se réaliseraient aux périodes ultimes des délires, mais même suivant cette hypothèse, valable seulement en fin d'évolution morbide, on conçoit mal comment

on placerait des automatismes sensoriels ou moteurs à l'origine des délires (1).

Si cependant, on ne veut pas considérer les hallucinations comme les échos de la conviction délirante, si l'on se refuse à voir dans les articulations psychomotrices de simples articulations involontaires, exagérations des soliloques habituels à tous ceux dont la pensée intérieure est dotée d'un fort coefficient émotif, on concèdera que le besoin de parler par néologismes ne saurait provenir d'un déficit intellectuel quelconque. Il marque ici le besoin d'exprimer des certitudes, des croyances passionnelles nettement distinctes des faits courants pour lesquels le langage banal suffit. Il procède suivant des mécanismes particuliers dont l'un de nous avec Guiraud (2) a montré l'organisation empruntée à l'émotivité onirique par extension du concept, par allitération ou par coalescence. Et s'il est avéré que le délire crée le néologisme, on est en fâcheuse posture pour lui refuser la maternité de l'hallucination.

On peut se demander d'ailleurs si le fonds mental du délirant, ayant présenté une symptomatologie très complète, est foncièrement modifié.

Indépendamment des états terminaux hébéphréniques dont il sera question plus loin, on a parlé de démence vésanique. C'est à notre sens assez inexact.

Certes, le vieux délirant devient inapte à poursuivre une existence sociale, ses sentiments familiaux peuvent paraître à peu près abolis, mais son activité professionnelle demeure intacte et il semble même qu'une affectivité nouvelle s'organise dans le milieu asilaire. Rien n'est plus émouvant que d'assister à la mort d'un vieux persécuté qui, ayant accepté stoïquement ses souffrances ultimes, répond à nos tentatives consolatrices : « Ne prenez pas cette peine dont je vous remercie : elle m'est un témoignage de sympathie assez précieux devant la mort pour que je l'accepte avec reconnaissance. »

Cet exemple magnifique de dignité et d'humilité affectueuse ne constitue pas une exception : la famille du délirant se reconstitue dans le cercle de ceux qui tentent de comprendre son langage souvent sibyllin et qui l'aiment.

Et cependant, nous constatons, bien plus souvent qu'on ne le

(1) Maurice DIDE. — L'automatisme mental est un résultat et non une cause. *L'Encéphale*, 1928, n° 1.

BARRÈRE. — Contribution à l'étude de l'automatisme mental. *Thèse de Toulouse*, 1931.

(2) DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin praticien*, 2^e Ed., 1929.

suppose, une modification profonde de l'intuition durée-étendue (1) uniquement en ce qui a trait aux conceptions délirantes. Ceci constitue un fait de première importance puisque ce sont là les repères irréductibles de tout concept.

Leur tendance assez générale à l'illimitation rend compte des délires cosmogoniques, des croyances à l'énormité, à l'immortalité. On n'arrive même pas à croire que l'un des mécanismes de l'évolution dite mégalomaniacale, relève précisément de ce défaut.

b) SYNDROMES BASÉS SUR LE DÉFAUT D'ÉLAN CÉNESTHÉSIQUE

Dans la première édition de la psychiatrie du médecin-praticien, l'un de nous, avec Guiraud, proposait de qualifier athymhor-mie les états mentaux habituellement dénommés hébéphréno-catatoniques.

Cette intention psychogénétique ne préjugait ni de l'étiologie, ni du type anatomo-pathologique. Elle n'a pas prévalu, non que ses auteurs l'aient abandonnée, mais parce que, écrivant un livre destiné aux médecins non spécialisés, ils ont voulu alléger leur terminologie.

N'empêche que l'atteinte profonde et globale des fonctions instinctives explique les symptômes mentaux de sitiophobie, de gloutonnerie, de malpropreté, d'indifférence, d'inactivité et d'autres, par ces éréthismes sexuels autiques s'accompagnant de masturbation ininterrompue.

Des symptômes physiques multiples témoignent de cycles neuro-végétatifs profondément altérés ; l'un de nous a, depuis 30 ans, contribué à établir ce syndrome fait d'alternatives d'obésité et de cachexie, de lipomatose symétrique, parfois douloureuse (2), d'infiltration pseudo-phlébitique (3), de pseudo-œdème (4), de gangrène symétrique des extrémités (5), de purpura et dermato-psychies diverses.

Il est également curieux de noter que la température rectale se trouve souvent abaissée d'une façon temporaire au-dessous de 36°, voire de 35°.

(1) Maurice DIDE. — Variations psychopathiques de l'intuition étendue-durée. *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1929.

(2) DIDE et LEBORNE. — *Société de Neurologie*, oct. 1903.

(3) TREPSAT. — *Thèse de Paris*, 1906.

(4) DIDE. — *Nouvelle Iconog. de la Salpêtrière*, nov.-déc. 1903.

(5) DIDE. — Les Dermatopsychies. *Congrès de Pau*, 1904, et *Société Médicale de l'Ouest*, T. XIII, N° 5, 1904.

De même que l'on constate des syndromes cycliques endocriniens de la thyroïde et de la surrénale, on note des alternatives d'oligurie et de polyurie, de rétention et de décharge urinaire avec tendance à l'abaissement du métabolisme. Les sialorrhées et les hypersécrétions sébacées ou sudorales paroxystiques, parfois segmentaires, prouvent à quel point la physiologie organique peut être électivement touchée chez ces malades.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les nombreux travaux où le saprophytisme des bactéries découvertes dans le sang de ces malades (1) auxquels de récentes publications confèrent un regain d'actualité (2).

Le syndrome vaso-moteur et trophique, endocrinien et sécrétoire, souligne la faiblesse de la fonction de défense et traduit un dérèglement sympathique.

La psychologie pathologique confirme le désordre des fondements même de la vie. Aucune détermination positive ne demeure habituellement possible. On observe, soit une suggestibilité passive, soit un négativisme plus ou moins absolu, soit un état d'ambivalence sans plus d'aptitudes réalisatrices. Si l'on traverse un quartier où sont rassemblés des hébéphrénos-catatoniques, on ressent une décourageante impression d'inertie, d'indifférence, de désintérêt profond. Sans doute a-t-on pu noter, durant les phases initiales, une tendance autique, analogue à celle des délirants, mais cet intérêt dirigé vers soi-même semble s'épuiser vite et plus rien ne subsiste que certains automatismes moteurs, tels que des stéréotypies et certains rappels de psychologie infantile qui donnent un langage émaillé de diminutifs.

Ces syndromes mentaux ne semblent cependant pas intellectuellement définitifs et le réveil des fonctions de défense, sous la poussée de maladies infectieuses, ravive parfois, au moins temporairement une activité mentale qui semblait déchu sans espoir.

Nos efforts ont visé à révéler l'existence de lésions organo-végétatives qui, sans aucune prétention à la spécificité, pourraient rendre compte de certaines défaillances, leur aspect limité expliquant la possibilité de récupérations partielles.

Dans le domaine glandulaire, les synergies hépato-cérébrales, souvent signalées, ont engagé l'un de nous à des recherches portant sur la stéatose hépatique. Or, de toutes les formes mentales,

(1) DIDE. — Le sang au point de vue cytologique, bactériologique et expérimental chez les aliénés. *Rapport au Congrès de Lille, 1906.*

(2) H. BARUK. — La catatonie colibacillaire. *Annales médico-psychologiques*, T. II, N° 4, nov. 1933, pp. 449-469.

celle où de loin on retrouve le plus souvent de la désintégration graisseuse massive est sans aucun doute la démence précoce. Nous avons même pu, tout récemment, avec Aujaleu, reproduire expérimentalement et maintenir après trois passages, cette dégénérescence chez le cobaye en nous servant du liquide céphalo-rachidien d'un catatonique.

Ces faits sont à mettre en regard de constatations sur le corps thyroïde (1) : alors que les lésions les plus variées se rencontrent dans presque toutes les formes mentales résultant de causes diverses, on remarque que six fois sur huit la sclérose péri et intralobulaire, sans altérations vasculaires, est observée dans la démence précoce catatonique. La sclérose du tissu de soutien et l'intégrité de la portion active rend sans doute compte des alternatives d'hyper et hypo-activité sans fléchissement irrémédiable.

Mais nous attachons beaucoup plus d'importance aux recherches poursuivies récemment à Braqueville sur le système sympathique lui-même.

« Au début de la démence précoce (si la mort survient dans les deux premières années de l'affection) on constate un épaississement parfois considérable des prolongements cellulaires qui peuvent prendre un aspect éléphantiasique.

« Puis on note des étranglements qui peuvent former comme des grains de chapelet réguliers, puis l'atrophie paraît diffuse et l'on ne trouve plus que des expansions filiformes, enfin les prolongements se fragmentent et ne peuvent plus être régulièrement colorés.... » (2).

Rappelons cependant qu'une fonction aussi vaste que l'instinct ne se spatialise jamais dans un seul système, fût-il aussi dispersé dans l'organisme que le grand sympathique. D'autres recherches nous faisant découvrir dans des syndromes de même ordre des lésions de la région tubérienne (3) ou des encéphalomyélites généralisées, malgré notre ferme volonté anatomo-clinique, nous avons dû admettre la nécessité d'une longue période critique destinée à interpréter utilement les résultats microscopiques déjà enregistrés, et ceux infiniment plus nombreux qu'apportera l'avenir.

(1) PERRIN DE LA TOUCHE et DIDE. — Contribution à l'étude des thyroïdes dites chroniques. *Archives de médecine expérimentale et anatomo-pathologiques*, N° 2, mars 1904.

(2) Maurice DIDE. — Lésions des cellules sympathiques dans les psychoses chroniques. *Revue neurologique*, n° 6, juin 1926.

(3) DIDE et DENJEAN. — *Encéphale*, N° 3, 1931, pp. 180-197.

Conclusions

I. — Si certaines maladies mentales peuvent dépendre de fléchissements atteignant primitivement l'intelligence, un groupe important de psychopathies (folie maniaque-dépressive, délires systématisés, interprétatifs ou hallucinatoires ; syndromes hébéphréniques ou catatoniques) dérive d'instabilité, de déviation ou d'insuffisance instinctive.

II. — Les symptômes mentaux associés en pareil cas (sautes affectives, troubles de l'attention, fuite ou stagnation des idées, interprétations délirantes, hallucinations perceptives ou psychomotrices, tendances aux néologismes, modification des intuitions étendue-durée, indifférence, inactivité, suggestibilité, ambivalence, négativisme, etc...) sont secondaires aux désordres instinctifs.

III. — L'instinct ne se concevant clairement que s'il prélude à toute virtualité fonctionnelle, les maladies à type intermittent semblent dues à des poussées ou à des rémissions de l'instinct. Les états délirants à marche chronique se traduisent par un autisme progressivement pessimiste avec élimination des tendances euphoriques de l'instinct. On peut enfin observer un fléchissement plus massif des deux tendances qui vivifient la pensée. Les mécanismes mentaux réduits à des automatismes stériles font songer à une démence de l'activité.

IV. — Les recherches étiologiques, expérimentales, anatomo-pathologiques, malgré qu'elles s'adressent à un objet de localisation pratiquement impossible, apportent à la clinique un appui qu'on ne doit pas négliger.

UN PARANOIAQUE AU BAGNE

PAR

GEORGES GENIL-PERRIN et MADELEINE LEBREUIL

Il y a quelques années, nous avons reçu la visite d'un homme au visage énergique et satisfait qui avait pris rendez-vous pour nous entretenir d'une affaire importante concernant le mouvement d'hygiène et de prophylaxie mentales auquel nous consacrons une part de notre activité.

Calé avec assurance dans son fauteuil, son regard bien planté dans le nôtre, l'homme parla ainsi :

« Je suis M. D... ; vous avez certainement entendu parler de moi. Toute la presse s'occupe du livre que je viens de publier, un fort volume de 350 pages (0 kilo 260 gr.), plus de 10.000 lignes bourrées de faits, que voici, et où vous me permettrez d'inscrire une dédicace.

« Je viens de passer quinze ans au bagne, six ans de peine, plus six ans de doublage, et trois ans pendant lesquels, malgré ma situation acquise à force de travail, j'étais toujours considéré et traité comme bagnard.

« Aux journalistes, aux policiers, aux magistrats, j'ai dédié ce livre qui raconte une vie à la Guyane, afin qu'ils apprennent à mieux connaître les criminels et à mieux accomplir la tâche de défense sociale qui leur est dévolue.

« C'est Albert Londres qui m'a conseillé de l'écrire.

« Victime d'un odieux arbitraire dénommé jugement, jeté au bagne dans des conditions qui seront sévèrement jugées, je dois toute la vérité à ceux qui l'estiment encore. Cette relation me fait honte à moi-même, mais je suis guidé par l'intérêt social, par ma conception de la solidarité qui doit présider à tous les actes des hommes.

« Contre l'injustice sociale qui écrasait mon besoin de vivre, j'ai cru pouvoir dresser ma jeune et dérisoire force.

« Incapable de discerner dans la nuit, où, pour moi, se mouvait le monde, les réalités supérieures qui président à mon destin, je me révoltais contre le mur d'indifférence qui m'écrasait de tous côtés.

« Pourquoi, dans l'égoïsme ambiant, ne trouvais-je pas une place pour ma bonne volonté ?

« Sans doute, et je dis cela de toute mon âme profonde, sans doute fallait-il que j'apprisse toute la valeur d'avenir enclose dans ce mot « justice », en connaissant, en souffrant dans mon être sensible et révolté, les plus exceptionnelles, les plus avilissantes pour l'espèce, des injustices humaines.

« J'ai résumé ma ligne de conduite dans ces mots, inscrits sur la couverture de mon livre : « Sois généreux si tu veux être juste. »

« Devant mes affirmations, certains diront : « Il est fou ! » Mais qu'ils lisent ma vie, et ils verront s'il leur est possible d'être plus positif, plus réfléchi, plus maître de soi que je l'ai été durant ces années difficiles.

« D'ailleurs, les spécialistes comme vous vérifieront que j'ai une organisation cérébrale saine et robuste... »

Et l'homme parla ainsi pendant trois heures d'horloge.

Par la suite, nous eûmes quelque peine à éluder une nouvelle conférence, mais nous lûmes le livre et nous y trouvâmes un curieux document psychologique sur la vie d'un paranoïaque au bague.

Paranoïaque, D... l'est incontestablement : c'est un orgueilleux, un méfiant, un esprit faux, un inadapté, et aussi un autodidacte, un revendicateur, un réformateur, un redresseur de torts, cuirassé dans une puissante psychorigidité, érigeant sans cesse son moi contre l'armature sociale.

Mais son caractère se dessinera de lui-même.

Né en 1877, D... ne se considère pas seulement comme la résultante d'un acte sexuel accompli en cette année. D'ailleurs ni son père, ni sa mère, ni ses ascendants, ni son entourage ne l'ont jamais compris. Il ne pense pas procéder d'eux, mais de toutes les générations qui se sont succédé depuis le moyen âge.

Il eut une existence d'enfant pauvre ; son adolescence, de douze à dix-huit ans, s'écoula dans des verreries, dans des usines métallurgiques ; il vécut dans un demi-hébètement provoqué par les mauvais traitements d'ouvriers ignorants, et par la tutelle brutale de son frère.

Dès l'âge de quinze ans, à la suite d'une correction qui l'avait presque assommé, il résolut de s'engager à dix-huit ans, ce qu'il fit. Et ce fut alors une vie mentale nouvelle.

Devenu, à vingt ans, caporal d'infanterie de marine, il sut imposer son autorité et faire, d'une escouade de cerveaux brûlés, une escouade modèle, et cela, parce qu'il avait fait comprendre à ses hommes quel besoin de justice présidait à tous ses actes.

Puis, que se passa-t-il ? La biographie n'est pas complète. Il avoue incidemment quelque part avoir vécu en état de révolte de 22 à 25 ans, avoir été pendant trois ans en marge de la Société, et justement condamné : « J'ai été un anarchiste sans la lettre, bêtement, stupidement, cherchant dans cette voie je ne sais quel impossible redressement des injustices sociales. »

Le 29 juillet 1904, D... était condamné par la Cour d'Assises de R..., à six ans de travaux forcés, pour tentatives de meurtre et vol qualifié. Mais ce verdict reposait, écrit-il, sur un faux témoignage intéressé, et sur la duplicité d'un juge d'instruction, qui avait « sciemment trompé les jurés et forfait à son devoir de juge », alors que lui-même, D..., avait été victime, pendant son sommeil d'une tentative d'assassinat avec guet-apens (?).

Quoiqu'il en soit, D... est mis en route pour le dépôt de forçats de St-Martin-de-Ré, et son odyssée pénitentiaire commence.



D... part pour le bagne sans oublier son moi : ses épreuves lui serviront à vérifier « sa valeur intrinsèque propre » ; il prouvera, qu'un homme digne de ce titre, doit triompher de tous les obstacles, et pour lui-même, et pour l'exemple.

Comptable dans un atelier du dépôt, il refuse de seconder les malversations de l'entrepreneur, fait la leçon à celui-ci, et est remplacé le soir même.

Réduit à l'oisiveté, il en profite pour solliciter l'extraction d'une balle demeurée dans son bras infirme. Refus : l'administration, en méprisant l'intérêt de D..., méconnaît celui de la Société, qui a besoin de bras valides.

D... veut correspondre avec la Ligue des droits de l'homme, adresse des réclamations au Ministère de la Justice. Résultat : il figure en premier sur la liste des mauvaises têtes à reléguer au « quartier séparé ».

Au prétoire, il remet le directeur à sa place. Coût : quinze jours de cellule, mais il a donné à tous « un exemple de ce que peut le sentiment de la justice quand on l'a pour soi ».

Il récidive : trente jours de cellule et mise aux fers.

Il embarque, arrive à St-Laurent-du-Maroni, se dispute avec un camarade, en reçoit une gifle et tend l'autre joue.

Peu après, D... est affecté au camp des impotents des Hattes. Il écrit au Procureur général pour l'intéresser à sa protestation contre le verdict de R..., l'entretenir de son état de santé, et lui signaler des abus : quinze jours de cellule pour réclamation non fondée. Il s'aperçoit que « l'exercice du droit de réclamer est une des plus grandes fautes qu'un condamné puisse commettre contre l'administration ».

Puis, D... refuse d'exécuter un travail que lui interdit sa situation d'impotent ; le gardien, O..., veut l'envoyer en prison ; D... ne veut pas y aller. O... le menace de son revolver, mais, impressionné par l'attitude digne de D..., il n'ose pas tirer. Quatre porte-clés viennent successivement chercher D... pour l'amener en prison. Celui-ci leur rappelle que la loi leur interdit de porter la main sur lui, et les porte-clés n'obéissent pas au surveillant : quinze jours de cellule à D... pour refus de travail.

Les deux années suivantes, D... proteste peu. Est-il résigné ? Non. Mais il pense à s'évader, et réunit quelques économies dans ce but.

Pendant ce temps, il prend des notes, observe ses camarades, les gardiens, et ne perd pas une occasion d'essayer de ramener les uns et les autres au sens de la dignité humaine et de leur devoir. D... en est d'ailleurs récompensé par quelques phrases : « Ah ! si j'avais eu quelqu'un comme toi pour me parler comme tu le fais, je n'aurais jamais commis ces crimes. » Ou, encore : « C'est vrai ; tu n'es pas comme les autres, et ton exemple est bon à suivre. »

Une lettre de lui à un condamné (lettre dont il envoie au Président de la Cour d'Appel une copie recommandée) vaut à ce condamné une diminution de peine d'un an et le conseil de suivre les avis de D...

Une autre fois, D... empêche un condamné de tuer un surveillant « en invoquant le respect de la vie du prochain et la conception supérieure de ne pas rendre le mal pour le mal ». Il réussit.

En 1908, un nouveau directeur arrive, veut resserrer la discipline. Mécontentement des condamnés. Cabale des surveillants, qui voient leur service ainsi alourdi.

Quelques incidents surgissent. D... prend la plume et « dans une forme irréprochable comme mesure » les signale au directeur, « lui montrant ainsi combien il était au-dessus du conflit et désireux comme lui d'éviter une révolte ». Quelques jours après, D... est envoyé au pénitencier de Kourou.

Le 10 février 1909, D... réclame encore, et cette fois-ci auprès du Ministre des Colonies. Réclame-t-il pour lui ? Non. Il expose au Ministre des injustices, des brutalités dont il a été témoin ; il signale surtout la brutalité des porte-clés arabes. Il termine, en disant qu'il fait son devoir d'homme « qui ne compte qu'avec sa propre estime et celle des honnêtes gens ».

Il donne cette lettre ouverte à l'administration, et envoie en même temps une lettre fermée à l'adresse privée du Ministre des Colonies par l'intermédiaire d'un condamné télégraphiste.

Sa conscience lui dicte de nombreuses autres réclamations que lui-même renonce à nous énumérer.

Le passage d'inspecteurs des Colonies est annoncé. D..., peu avant, est désigné pour Passoura, chantier situé à quelque 18 kilomètres à l'intérieur. On veut se débarrasser de ce protestataire compromettant.

Mais Passoura est un chantier dangereux que D... a évité jusqu'alors grâce à deux décisions médicales.

D... essaye de faire rapporter la décision. C'est l'occasion d'une scène avec ses surveillants à qui sa dignité, sa tranquillité en impose. Cependant, il doit partir. En chemin, il refuse d'aller plus loin. Le chef de camp le menace de la cellule. Il préfère cela. Un médecin, « tout dévoué à l'administration », le déclare en état d'aller à Passoura. Il refuse de s'incliner, est ramené aux Roches, et est puni de trente jours de cachot.

Sa punition finie : ordre d'aller à Passoura. Nouveau refus. Trente jours de cachot. Et pendant sa deuxième punition, quinze jours de cachot encore pour avoir chanté.

Les punitions s'accumulent. Ce n'est qu'un moyen pour faire classer comme incorrigible D..., « à qui on n'a rien à reprocher comme détenu » (?).

Cependant, le Procureur général de la Guyane est chargé de l'inspection aux Roches. D... se fait inscrire. Il comparait devant le Procureur ; parvient aisément à confondre le commandant qui reste silencieux, « écrasé sous son témoignage ».

Le Procureur remarque l'intelligence de D... Lui promet de lui trouver un emploi, dès sa libération (promesse qu'il ne tiendra pas d'ailleurs). D... revient au sujet immédiat de ses réclamations, soit le départ à Passoura, et les 75 jours de cachot. Mais le Procureur affirme qu'il n'y peut rien.

D... est classé comme incorrigible. Deux ou trois jours après, il part pour la Crique (le chantier de discipline de Charvein).

Arrivé aux Incos, il entend dire : « Tiens, voilà D... Comment celui-ci ici à Charvein ? Alors, il n'a pas fini d'écrire... Il n'a pas fini de réclamer. » N'est-ce pas la preuve que ce qui se passe ici n'est pas légal ?

Dès son arrivée, D... réclame des couvercles pour les boîtes à vidanges. C'est dans le règlement. On lui donne satisfaction.

« Profitant de ces bonnes dispositions », il réclame un couvercle pour les boîtes à eau, mais il se heurte à un refus.

Puis, D... proteste parce que la boîte à vidange, qui doit être vidée et nettoyée à deux heures, ne l'est pas encore à 2 h. 30. Incident. Les 70 Incos protestent comme un seul homme. Et D..., écœuré, se voit accusé de provoquer des manifestations. Trente jours de cachot. Mais dès le soir, il peut reparaitre devant la Commission et on promet de le grâcier bientôt s'il se conduit bien.

Huit jours après, le Gouverneur intérimaire vient visiter le camp. D... s'inscrit pour les réclamations. Mais on le berne. Il ne peut parler au Gouverneur. A la Commission suivante, on change sa punition en trente jours de cellule, au lieu de la grâce promise. Il réclamera à la prochaine Commission. Entre temps, il est signalé pour bavardage. La Commission le punit de quinze jours de cellule, puis viennent les réclamations.

Le chef conjure la Commission de le débarrasser de D..., qui risque de compromettre la tranquillité de son camp.

D... sera bientôt déclassé des Incos.

Cependant, la première réclamation de D... (cette fameuse lettre au Ministre des Colonies) suit son cours. A cette occasion, D... est ramené à St-Laurent, et interrogé ; or, chose étonnante, on ne le punit pas d'avoir envoyé directement la lettre par la poste. C'est le Ministre lui-même qui a défendu qu'on le punisse, conclut-il.

D'ailleurs, la lettre ouverte, n'est pas encore partie. Il la voit sur le bureau du directeur.

Ce n'est qu'en février 1910, treize jours avant d'être libéré que D... se verra traduit devant la Commission judiciaire pour réclamations mensongères et non fondées. Mais il prouvera facilement à la Commission qu'elle n'a pas à le juger. Il remet à sa place un membre créole de la Commission qui se permet de l'interroger, rôle qui revient au Président. La discussion dure quarante minutes. Le Président écoute, intéressé. Tous les surveillants, les porte-clés, les hommes de corvée, s'assemblent à la porte, et écoutent avidement. Tous sentent que « par sa bouche, c'est la grande cause de la justice humaine qu'il défend en se défendant ». D... est acquitté. Et l'après-midi, il a la joie d'entendre raconter son histoire au village, et d'entendre citer cette phrase d'un surveillant : « C'est pas assez souvent qu'ils tombent sur des hommes capables de leur river leurs clous, ces moricauds. »

A cette période, D..., déclassé des Incos, est depuis plusieurs mois interné aux Iles. C'est une mesure disciplinaire, mais il préfère cela. Dès décembre 1909, il écrit au commissaire de l'Île pour protester contre des abus qui ne le concernent pas. Le 24 décembre, il est traduit devant la Commission de discipline : « Ce condamné, dit la note, s'occupe de ce qui ne le regarde nullement et porte sur le rôle de l'autorité des observations tout à fait déplacées qui, d'ailleurs, ne lui étaient nullement demandées. Il faut que le transporté D... sache bien qu'il ne doit s'intéresser qu'à ce qui le concerne individuellement. »

Le 29, le nouveau commandant adresse quelques paroles à D... Aussitôt, celui-ci lui écrit. Il invoque articles, décrets, titres, et décisions, pour prouver que son droit de réclamation n'est pas limité.

D... est puni de quinze jours de cachot. Il fait sa punition. Le directeur passe son inspection au cachot : « Quel est celui-ci ? Ah ! oui, D... Il est l'avocat de tous ses camarades, il réclame pour tout le monde, même pour les morts. » Alors D... : « Je vous remercie, Monsieur le Directeur, de constater que je suis l'avocat de tous ceux qui ont à se plaindre de quelque chose. » Le soir même, tous les punis sont grâciés, excepté D...

Enfin, mars 1910, c'est la libération.

D... a des projets. Il écrit à plusieurs industriels et commerçants, proposant une exploitation rationnelle du sol prouvant ainsi « qu'il était capable de concevoir et d'exécuter un vrai travail manuel que l'effort intellectuel avait perfectionné. » Il se brouille avec l'un. Il est incompris des autres. Il ne trouve pas d'emploi.

Il tombe malade. Soigné à l'hôpital, il en note la mauvaise organisation. Ce n'est, du haut en bas de l'échelle, que rapine et pillage.

Sorti, D... trouve un emploi dans un restaurant « pour effectuer des travaux les plus rebutants de nettoyage ». Il est bientôt chassé pour une négligence de service insignifiante.

Il erre, vingt jours, avec la fièvre, sans nourriture et sans soins. Il finit par aller à l'hôpital, bien qu'il n'ait aucune confiance dans le médecin, avec qui il a eu jadis une de ses multiples histoires de réclamations.

Après quatre jours de diète, la fièvre tombe. D... réclame de quoi manger. On le fait sortir. Querelle avec le médecin, à qui il écrira une lettre « pour le rappeler au sentiment de ses devoirs ».

Pendant six mois, il vivote en lavant du linge.

En novembre 1910, il apprend la venue d'un inspecteur général des colonies. Aussitôt, il va lui exposer la situation des libérés. Celui-ci lui conseille de rédiger un mémoire. D... lui explique qu'il faudrait pouvoir convoquer les libérés en réunion ; l'autorisation lui en est donnée. Malgré l'hostilité du commandant, cette réunion a lieu, se déroule dans le calme. On élit une Commission. Dix jours après, le mémoire est remis.

Le directeur fait une enquête auprès des libérés. Ceux-ci, muselés par la crainte d'être poursuivis pour vagabondage, affirment avoir du travail et manger à leur faim. En définitive, on ne donne pas d'emploi à D..., mais seulement 15 francs prélevés sur la caisse de secours des libérés. Il reprend son travail, mais tombe malade. Après 44 jours d'hôpital, il quitte Saint-Laurent pour Cayenne. Là encore, il doit faire un long séjour à l'hôpital.

Le Chef de cabinet du Gouverneur s'intéresse à lui, lui promet un emploi aux travaux publics. Hélas ! le Gouverneur meurt. Son Chef de cabinet perd toute influence, et D... tout appui.

Il recommence démarches sur démarches, inutilement.

Cependant, il devient écrivain public, et s'occupe surtout de recours en grâce, de réhabilitations, etc.. Un jour, il aura l'occasion d'écrire au Président de la Ligue des droits de l'homme pour l'intéresser à la situation d'un libéré victime de ses employeurs.

Sa situation s'améliore. Venu pour faire l'inventaire d'une bijouterie, il obtient la confiance de la propriétaire, qui le prend comme conseiller et l'associe bientôt aux bénéfices.

Dénonciations calomnieuses, provocations, perquisitions, condamnations injustes, mesquineries, tout est mis en branle contre lui.

Un jour, il a une condamnation ridicule à cause d'un chien non

muselé. Mais « le magistrat, dut s'apercevoir de sa lourde gaffe, car jamais ce jugement ne lui fut signifié ».

Vers la même époque, D... rencontre dans la rue le Procureur de la République, lequel oblique vers D..., le fixant « haineusement » et semblant lui dire : « Tu vas me laisser la place. » Mais D... continue tout droit, et les deux hommes se heurtent du bras : « Je me retournerai pour voir s'il oserait dire quelque chose et je m'attendais à ce qu'il exploite ce fait pour me faire arrêter. Mais il continua sans se retourner, honteux sans doute de sentir que son titre de procureur de la République, sa haute taille et ses yeux de méchant homme eussent si peu d'influence sur ma volonté de ne plier ni devant lui, ni devant aucun homme, comme je me le dois, comme le veut la loi supérieure de la dignité humaine. »

D..., toutefois, n'en pas fini avec la Justice : on le condamne en correctionnelle, parce qu'il exerçait la profession de bijoutier, interdite aux libérés. Il sera acquitté en appel, mais on parvient à le compromettre, au mépris de tout droit, dans une histoire de vols de bijoux.

Il se lance dans d'importantes affaires d'exportation d'or. Il devient « industriel » à Cayenne ; en 1921, il possède quatre propriétés, une fonderie d'or, une bijouterie, le tout évalué par lui à 214.000 fr. Aussi lui reproche-t-on d'avoir gagné trop vite cette fortune.

Le souci de mener ses affaires avec plus de facilité le conduit à demander sa réhabilitation, qu'il n'avait pas daigné solliciter plus tôt, craignant que l'on n'y vît une acceptation du verdict de R... et un aveu de culpabilité.

Malgré l'avis favorable et l'appui de nombreuses notabilités de Cayenne, la Cour d'Appel de la Guyane repousse sa requête, en raison de la conduite de D... au bagne et d'un rapport de police.

Et cependant, D... avait envoyé une « Lettre ouverte »

à M. le Président du Conseil,

à M. le Ministre de la Justice,

à M. le Ministre des Colonies,

lettre ouverte tirée à 250 exemplaires, qui furent distribués à la Guyane, et dont nous ne retiendrons que deux phrases bien caractéristiques :

« J'affirme aux gens qui me croient orgueilleux que je suis modeste et humble en réalité. »

« Je m'interdis à jamais d'être riche, de retenir sur mes gains possibles autre chose que mon nécessaire, destinant le surplus au service de mon idéal, qui est l'avènement de la paix et de l'amour entre les hommes. »

L'échec n'abat pas D..., qui introduit près de la Cour d'Appel de la Seine une nouvelle demande de réhabilitation. Nouvel insuccès, dont D... cherche à se consoler, en écrivant une lettre bien sentie au Procureur de la République de la Seine.

Mais ne le croyons pas découragé, car il termine son livre par une phrase prometteuse de revendications nouvelles : « Et maintenant, en route pour la révision de mon procès... »

Ce qui précède n'est qu'un bref résumé du livre de D... Rappelons-nous que le volume a 350 pages, pèse 0 kg. 260 gr., et contient plus de 10.000 lignes bourrées de faits, ainsi que nous l'annonçait l'auteur, récitant son prospectus.

Mais nous espérons en avoir présenté assez au lecteur pour rendre vivante à ses yeux cette figure de paranoïaque au bagne.

Personne ne contestera le diagnostic.

Niera-t-on l'orgueil de D..., l'hypertrophie de ce moi qui ne veut plier devant rien ?

Son livre n'est qu'une longue apologie de lui-même, bon travailleur, caporal modèle, être sensible et bon ; positif, réfléchi, maître de soi, un cerveau sainement et robustement constitué. Et cependant, D... a jusqu'à l'orgueil de son humilité, à laquelle nous ne penserions jamais, s'il ne la proclamait.

Ne possède-t-il pas à un haut degré ce sentiment de méfiance hostile à l'égard du reste de l'humanité, cette conviction intime d'une injustice sociale qui l'écrase ? Il parle, en vrai persécuté, du crime commis d'abord contre lui par les juges, perpétué ensuite par des fonctionnaires incapables. Il a toujours été incompris, même de ses parents. Il a été condamné à tort, car c'était lui la victime.

La fausseté de son jugement n'est pas à démontrer : Au bagne, il voit vraiment une bien forte proportion de « cœurs d'or » et d'« êtres exquis » ; ce ne sont qu'erreurs judiciaires, élans généreux d'innocents qui se sont fait condamner pour sauver des coupables. Il a une haute opinion des forçats, dont seule, une infime minorité, ne présenterait aucune ressource morale. Il manie volontiers le sophisme : par exemple, entendant un blanc médire des mulâtres, il lui rétorque : « Et cependant, ce sont les blancs qui les font. » Et il observe : « J'ai régulièrement vu les gens rester cois devant ces réflexions. » Evidemment !

Il interprète volontiers : nous avons peine à croire au regard « haineux » du Procureur que D... rencontre sur le trottoir.

L'inadaptabilité est facile à saisir. D... proclame lui-même qu'il a été, dans sa jeunesse, un révolté, en marge de la Société. Partant pour le bagne, il se promet de rester lui-même, quoi qu'il doive lui en coûter ; et, naturellement, son défaut de souplesse attire sur lui brimades et punitions.

Comme D... est sthénique, les heurts avec l'entourage ne le conduisent pas au repli sur lui-même, mais à une tentative de réforme du milieu : il cherche à façonner à sa plus grande commodité cette ambiance à son gré défectueuse. Et nous le voyons même élargir son programme de réforme, tenter d'y intéresser les pouvoirs publics.

Vaniteux, persécuté, esprit faux, inadapté, D... présente donc bien les grandes caractéristiques de la constitution paranoïaque. Et l'on en trouverait facilement dans son récit d'autres manifestations : autodidactisme, prosélytisme, altruisme paradoxal, exhibitionnisme mental. D... est encore un pamphlétaire, un redresseur de torts. En somme, on ne saurait trouver plus riche symptomatologie paranoïaque.

Une considération spéciale doit être apportée à l'intensité de son énergie revendicatrice, et même de son énergie tout court.

C'est cette énergie qui lui permettra de se sortir de l'ornière, de prendre rang parmi les rares forçats revenus à la vie bourgeoise, et de réaliser une petite fortune, qu'il a dû sans doute compromettre, depuis le temps, à poursuivre une chimérique révision de son procès.

Bien que très classique, cette figure de paranoïaque tire un certain intérêt du fond sur lequel elle se détache, du milieu où évolue le personnage.

On connaît bien le paranoïaque délinquant ou criminel, en lutte contre la société. Avec D..., nous apprenons à connaître le paranoïaque vaincu par la Société, mais ne voulant point en convenir, conservant jusqu'au bout une rigidité d'esprit farouche, et ne composant avec rien.

Et cependant, au bagne, D... avait à compter avec des chocs en retour particulièrement cruels. Il est même surprenant qu'il n'y ait pas laissé sa peau.

Il en est sorti, et, paranoïaque impénitent, poursuivant son œuvre de réformateur, il va chercher des appuis, dans la Presse, dans les groupements philanthropiques, conscient d'être « un exemple utile », se sentant « de la race de ceux qui firent la vie consciente et perfectible des hommes », ne voyant plus grand'chose à retoucher à son être moral, et proclamant : « Alors même que le monde entier m'écraserait de sa masse, je resterais tel, parce que je suis arrivé à me sentir un homme fait pour apporter sa contribution aux meilleurs avènements. »

UN CAS DE TÉTANIE POST-OPÉRATOIRE AVEC TROUBLES MENTAUX GRAVES

PAR

H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA

Le syndrome tétanique par insuffisance parathyroïdienne est bien connu en ce qui concerne les troubles neurologiques qui le constituent. Mais les cas de tétanie s'accompagnant de troubles mentaux sont très rares.

Dès 1890, Frankl-Hochwart avait attiré l'attention sur les manifestations hallucinatoires apparaissant transitoirement au cours de la tétanie. Cependant, la littérature neuro-psychiatrique ne contient que fort peu d'observations de malades atteints de tétanie et présentant des troubles mentaux graves.

Schultze (1897) observa chez une jeune fille, atteinte de tétanie de l'excitation maniaque, de la confusion mentale et des hallucinations ; il attribua les accès de tétanie et les troubles psychiques à une intoxication du système nerveux par certaines substances chimiques indéterminées.

Luther (1901) présenta une étude anatomo-clinique d'un cas de tétanie avec état confusionnel et dépressif ; des résultats de l'autopsie, il conclut également qu'il s'était agi d'une intoxication ayant provoqué à la fois les accidents neurologiques et les troubles psychiques.

Lapinsky (1907) rapporta un cas de confusion mentale hallucinatoire apparaissant à chaque crise tétanique.

Hirschl (1914) put également observer des troubles mentaux dans un cas de tétanie.

Plus récemment, Lemaire (1925) rassembla les observations de 40 enfants, âgés de 2 à 7 ans, atteints de tétanie. Chez tous, il avait observé des troubles mentaux plus ou moins nets. Les moins atteints présentaient seulement des troubles de l'émotivité : alors qu'avant le début de la maladie, ils avaient un carac-

rière docile et affectueux, ils étaient devenus colériques et violents. Enfin, certains présentaient des hallucinations uniquement visuelles, souvent zoopsiques, se traduisant par des cris d'effroi et des terreurs nocturnes. Chez tous ces malades, Lemaire nota l'insomnie. Il est intéressant d'insister sur le fait qu'un traitement approprié fit disparaître simultanément les divers troubles psychiques, tandis que les signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire persistèrent plus longtemps.

En 1926, Mouriquand et Bertoye publièrent une excellente étude clinique et thérapeutique sur la spasmophilie. Ces auteurs insistèrent en particulier sur l'insomnie ; ils rapportèrent les observations de quatre enfants insomniaques qui n'avaient qu'un signe de Chvostek positif et que le traitement par les rayons ultra-violets a améliorés d'une façon remarquable, ce qu'ils considèrent comme une preuve thérapeutique de la nature spasmophilique de ces insomnies.

Popea et Demetresco (1930) observèrent une jeune mère qui, pendant qu'elle allaitait son enfant, présenta des accès de tétanie, bientôt suivis de troubles mentaux. Du fait que ceux-ci sont apparus quelques jours après les accès de tétanie et qu'ils ont revêtu la forme de confusion mentale hallucinatoire avec anxiété, les auteurs se crurent en droit de penser que, contrairement aux accès de tétanie dus à une insuffisance parathyroïdienne, il fallait mettre les troubles mentaux éprouvés par la malade sur le compte du *choc émotif* produit par la crise tétanique sur une femme en lactation à la faveur de l'état de déséquilibre des fonctions endocrino-végétatives.

Snapper (1930) publia l'histoire clinique d'un homme atteint de troubles osseux avec décalcification, sous la dépendance d'un adénome parathyroïdien. Dix-sept jours après l'opération, alors que la calcémie, précédemment de 21,6 mgr. p. cent s'était abaissée à 7,2 mgr. p. cent, il peut mettre en évidence des symptômes latents de tétanie (en particulier un signe de Chvostek positif). Cinq jours après, la calcémie n'étant plus que de 6,6 mgr. p. cent, il observa des troubles mentaux caractérisés par de la désorientation dans le temps et dans l'espace et de l'agitation psycho-motrice. Un mois plus tard, sous l'influence d'un traitement consistant en injections d'extrait parathyroïdien Collip et de calcium intra-veineux, tous les symptômes morbides avaient disparu, tandis que la calcémie se maintenait aux alentours de 10 mgr. p. cent.

Tout récemment, Coelho (1932) rapporta l'observation d'une femme de 41 ans qui, quinze jours après une thyroïdectomie

subtotale pour goitre exolphtalmique, présenta des crises tétaniques. Peu après se développa un syndrome confusionnel avec désorientation dans le temps et dans l'espace, agitation motrice, tendances agressives, pleurs, rires, troubles de la mémoire, insomnies rebelles. La malade fit en outre une tentative de suicide. Ces troubles neurologiques et psychiques cédèrent en quelques semaines à un traitement approprié.

Dans le domaine expérimental, Blum (1932) chez des chats et des chiens parathyroïdectomisés a observé, outre les troubles moteurs caractéristiques de la tétanie, de fréquents troubles psychiques consistant en hallucinations (surtout olfactives chez le chien et visuelles chez le chat).

Cette relative rareté des troubles mentaux au cours de la tétanie et l'intérêt qu'ils présentent dans une affection dont le syndrome humoral est connu, nous ont incités à rapporter en détail l'observation suivante :

Mme Hélène D... est âgée de 40 ans. Ses *antécédents familiaux* ne présentent rien de particulier. Le père, actuellement âgé de 77 ans, jouit d'une bonne santé. La mère est décédée à 65 ans, d'une affection cardiaque ; elle aurait souffert d'un goitre. La malade a deux sœurs mariées et bien portantes. Il n'existe dans la famille aucun cas d'affection mentale.

Les *antécédents personnels*, au contraire, sont plus chargés, bien qu'on ne signale pas de maladie grave de l'enfance ni de l'adolescence. De caractère très calme et sombre, recherchant volontiers la solitude, la malade, qui se maria en 1920, a toujours été une bonne ménagère.

En 1921, elle accoucha normalement d'un fils qui est bien portant. La mère a nourri son enfant au sein pendant un an. C'est au cours des dernières semaines de cet allaitement qu'apparurent divers phénomènes pathologiques dont certains ont persisté jusqu'à l'heure actuelle avec des périodes d'aggravation ou d'accalmie plus ou moins complète. L'affection débuta par des algies assez vives des membres inférieurs sous forme de douleurs profondes que la malade localisait dans les os de la jambe et qui étaient aggravées par les efforts de la marche. Celle-ci devint de plus en plus pénible. En même temps apparurent aux membres inférieurs des nodosités sous-cutanées qui se développaient et s'ouvraient finalement à la peau, en y déversant, aux dires de la patiente, un enduit crayeux.

Parfois les douleurs envahissaient d'autres segments du corps, s'irradiant notamment le long de la colonne vertébrale et dans le bras droit. Par la suite, la malade a ressenti à diverses reprises des douleurs abdominales passagères, mais violentes, qui furent attribuées à des crises de colique néphrétique. En outre, elle accusa des troubles digestifs vagues, tels que inappétence et lenteur de la digestion.

La malade affirme que, dès le début de son affection, un médecin lui aurait révélé la présence au cou, nettement à droite de la ligne médiane, d'une petite tumeur dure, régulière, du volume d'un gros pois. Cette tumeur, qui a actuellement disparu, aurait persisté jusqu'à la récente intervention opératoire dont il sera question plus loin.

Origine de l'affection actuelle : il y a six mois environ, des signes frustes d'hyperthyroïdie sont apparus : tachycardie avec fréquentes palpitations de cœur, sécheresse de la peau, augmentation du métabolisme basal (+ 30 0/0), amaigrissement, nervosité et émotivité exagérée.

Les troubles thyroïdiens s'accroissant, malgré un traitement médical intensif, l'intervention opératoire fut décidée. Elle eut lieu le 21 décembre 1932, sous rachianesthésie, et consista en une *thyroïdectomie subtotale*. Quinze jours après l'opération survinrent les premiers symptômes d'une tétanie grave : crampes pathognomoniques, crises douloureuses de rigidité des membres et même des muscles respiratoires. Quelques jours après apparurent des troubles mentaux : délire polymorphe, à base onirique et hallucinatoire. Le 22 janvier 1933, la malade fit une tentative de suicide par pendaison. Les jours suivants, elle essaya encore de se jeter par la fenêtre. Son séjour dans une clinique chirurgicale n'étant plus possible, la malade fut transférée au Centre psychiatrique de Bruxelles le 24 janvier 1933.

EXAMEN SOMATIQUE. — La malade, bien constituée, ne paraît pas amaigrie. Elle porte à la partie antérieure du cou la cicatrice opératoire et, en outre, les traces de la récente tentative de pendaison. La palpation de la région thyroïdienne ne révèle rien d'anormal. La petite tumeur juxta-médiane a disparu, constatation faite spontanément par la malade elle-même, qui était habituée à la palper depuis dix ans.

Système cardio-vasculaire : le cœur est légèrement augmenté de volume ; sa pointe bat au niveau de la 5^e côte, sur la ligne mammaire. La matité aortique n'est pas élargie. A l'auscultation, les bruits sont normaux. Le pouls, qui présente quelques irrégularités de rythme, bat en moyenne à 88 à la minute. La tension artérielle, mesurée au Pachon, est de mx. 15, min. 8,5 (indice oscillométrique 4). Aux membres inférieurs, on remarque de nombreuses varices.

Système respiratoire : aux deux sommets pulmonaires, surtout à droite, submatité avec inspiration rude et saccadée et expiration soufflante ; bronchophonie.

Système digestif : langue humide et rosée ; quelques caries dentaires. L'abdomen est souple et indolore à la palpation. La ligne médiane sous-ombilicale est nettement accentuée. Selles régulières.

Système génito-urinaire : mictions indolores, normales. Règles peu abondantes, d'une durée de deux à trois jours, douloureuses. Depuis que la malade a cessé de donner le sein à son enfant, il y a dix ans

environ, les règles ont toujours apparu très régulièrement toutes les quatre semaines ; elles n'ont donc été nullement influencées par les troubles endocriniens concomitants.

Système osseux et cutané : les membres inférieurs présentent des déformations considérables. La peau, de consistance très irrégulière, est par place adhérente aux plans profonds ; elle renferme des nodosités irrégulières et dures, du volume d'un gros pois. A la palpation qui n'éveille aucune douleur, les tibias ont une surface grumeleuse ; par-ci par-là on trouve des exostoses plus importantes. La radiographie montre que les tibias et les péronés ont une surface irrégulière ; on n'y voit actuellement pas de signes nets de décalcification. La radiographie met également en évidence de nombreux dépôts calcaires dans les tissus mous.

EXAMENS DE LABORATOIRE. — *Sang* : Bordet-Wassermann et Hecht : négatifs. Azotémie : 0 gr. 50 p. mille. Calcémie : 6 milligr. p. cent (calcium total déterminé par la méthode de Clark). Albumines totales : 79 gr. p. mille. Numération globulaire : 6.520.000 globules rouges par mm. ; 8.900 globules blancs par mm. Taux de l'hémoglobine : 90 p. cent. Temps de saignement de 4 minutes. Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles, 66 p. cent ; polynucléaires éosinophiles, 2 p. cent ; grands mononucléaires, 6 p. cent ; moyens mononucléaires, 10 p. cent ; lymphocytes, 16 p. cent.

Liquide céphalo-rachidien : une ponction lombaire, pratiquée en position couchée, ramène un liquide limpide, de tension normale. Numération globulaire : 1,8 éléments par mm. Albumine : 0 gr. 16 p. mille. Ravaut : faiblement positif. Globuline : Pandy et Weichbrodt négatifs. Bordet-Wassermann négatif (avec XX parties). Benjoin colloïdal : 00000.00000.00000 T.

Urines : Albumine : absence. Pseudo-albumine : traces. Urobiline : augmentée. Pigments biliaires : absence. Sels biliaires : traces. Examen microscopique : nombreux cristaux d'oxalate de chaux et de phosphate ammoniac-magnésien ; quelques cellules de desquamation ; pas de cylindres.

EXAMEN NEUROLOGIQUE. — Il n'existe, en dehors des crises tétaniques, aucun trouble de la *motricité*, sauf de fins tremblements des extrémités digitales, de la langue et des paupières closes.

La *sensibilité* cutanée est diminuée à tous les modes.

Les *réflexes tendineux* sont normaux aux quatre membres.

Les *réflexes cutanés* sont tous faibles ; les réflexes plantaires se font en flexion.

Les pupilles, égales et régulières, réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas d'exophtalmie. L'ophtalmoscopie ne révèle pas de lésions du fond des yeux.

L'examen de la fonction cérébelleuse ne révèle aucun trouble ; il n'existe pas de signes méningés.

EXAMEN MENTAL. — En dehors des crises tétaniques, la malade se tient assez calmement au lit ; son attitude est niaise. Mal orientée dans le temps, elle se rend compte qu'elle séjourne dans une clinique parmi des malades mentaux. Elle reconnaît d'ailleurs avoir présenté des troubles psychiques et se souvient avoir fait une tentative de suicide en se pendant au loquet de la porte. Elle en donne pour motif qu'elle a entendu dire par des voisines qu'elle ne guérirait jamais... Bien qu'elle prétende regretter son geste et promette de ne plus recommencer, elle parle de cette tentative de suicide en souriant, sans se rendre compte de la gravité de cet acte.

La mémoire, assez satisfaisante en ce qui concerne les faits anciens, est déficiente pour tout ce qui s'est passé depuis l'intervention opératoire du mois de décembre dernier. La mémoire de fixation est gravement atteinte : la malade ne parvient pas à répéter une phrase un peu longue et elle oublie rapidement ce qu'on lui a dit.

L'attention volontaire est mal soutenue. Les facultés intellectuelles ne paraissent pas atteintes. Les calculs mentaux élémentaires sont correctement exécutés ; les problèmes de jugement reçoivent des solutions satisfaisantes. Mais toutes les opérations cérébrales se font avec énormément de lenteur. Il faut, durant l'interrogatoire, répéter plusieurs fois la même question et soutenir, par des artifices, l'attention de la malade. Si l'on néglige ces précautions, elle se contente, soit de déclarer qu'elle ignore la réponse à la question posée, soit de répondre au hasard.

Au moment des crises tétaniques (dont il sera question dans un instant), on observe une recrudescence des troubles mentaux, qui s'accompagnent alors d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. En proie à une vive anxiété, le faciès terrifié, la malade se débat et frappe son entourage, appelant à grands cris son mari et son fils qu'elle assure voir dans le jardin. Elle fait également diverses interprétations délirantes, prétendant par exemple que les autres pensionnaires de la salle disent du mal d'elle, l'insultent ou l'accusent d'être une criminelle. Ces phénomènes hallucinatoires et interprétatifs entretiennent des idées délirantes polymorphes, principalement d'auto-accusation et d'indignité. La malade demande parfois à mourir pour expier ses fautes ; immédiatement après, elle craint que les médecins ne lui fassent une « piqure empoisonnée » pour la faire disparaître. Au cours de raptus anxieux, elle renouvelle à plusieurs reprises les tentatives de suicide, en essayant de s'étrangler au moyen d'une serviette.

TÉTANIE. — Les contractures intéressent symétriquement les muscles des extrémités des membres. Elles apparaissent par crises passagères dans l'intervalle desquelles persistent des signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Chaque crise débute par une sensation de fourmillements dans les mains et les pieds ; puis survient une certaine gêne dans les mouvements des doigts et des orteils, qui n'ont plus leur liberté habituelle

d'action. Bientôt la convulsion clonique commence, se traduisant par la raideur des parties affectées, raideur que déjà la volonté est impuissante à vaincre. Puis la contraction involontaire augmente et devient douloureuse, comparable à une crampe. Les membres convulsés résistent aux efforts qu'on fait pour changer la position de leurs divers segments ; les efforts pour vaincre la résistance musculaire sont d'ailleurs très douloureux. A la palpation, les muscles contracturés offrent une dureté considérable.

Ces crises tétaniques atteignent surtout les membres supérieurs, qui prennent alors l'aspect très caractéristique que Trousseau a comparé à la « main d'accoucheur » : tandis que la paume de la main se creuse par le rapprochement de ses deux bords externe et interne, le pouce est énergiquement entraîné dans l'adduction forcée, et les doigts, serrés les uns contre les autres, se fléchissent à demi sur lui.

Assez souvent, les crises frappent de la même façon les membres inférieurs, y déterminant le spasme tarso-pédal : le pied se met en équinisme et les orteils se fléchissent vers la plante, tandis que la jambe s'étend sur la cuisse.

D'autres territoires musculaires peuvent participer à cet état de contracture tonique. A la face, la tension des muscles de la mimique donne au visage l'expression d'un individu préoccupé ou pensif, réalisant le « masque » de la tétanie. Les lèvres tendues et légèrement proéminentes donnent à la bouche l'aspect connu sous le nom de « museau de carpe ». Plus rarement, les crises intéressent les muscles constricteurs de la gorge, déterminant un spasme du larynx.

Les crises les plus graves se compliquent en outre de phénomènes généraux, tels que accélération du pouls et ascension de la température qui peut atteindre 39°.

Les convulsions toniques durent de 2 à 30 minutes ; puis la sensation de fourmillements, qui avait annoncé le début de l'accès, se manifeste à nouveau et la crise touche à sa fin.

Les troubles mentaux que la malade présente constamment depuis plusieurs jours s'accroissent nettement au cours des paroxysmes tétaniques. En même temps qu'apparaissent les fourmillements prodromiques, une anxiété de plus en plus vive se manifeste ; puis, en proie à des hallucinations, la malade se laisse aller à des réactions violentes qui se prolongent beaucoup plus longtemps que la crise convulsive. Au cours de raptus anxieux, des tentatives de suicide par pendaison, par strangulation ou par défénéstration sont brusquement accomplies, sans préméditation.

En dehors de ces crises tétaniques, on peut à tout moment mettre en évidence *l'hyperexcitabilité des nerfs et des muscles*.

Le signe de Chvostek est positif au 3^e degré : une percussion brusque du nerf facial (au milieu d'une ligne allant de l'apophyse zygomatique à la commissure labiale) détermine la contraction de tous les muscles peauciers de cette moitié de la face. Le même phénomène

peut être observé au niveau de la branche supérieure du facial dont la percussion, à la hauteur de l'angle externe de l'orbite, provoque la contracture de l'orbiculaire des paupières, du frontal et du sourcilier (signe de Weiss). Au niveau des membres, on peut aussi faire apparaître une crise convulsive caractéristique par l'application d'une striction à la racine du membre (signe de Trousseau) ; parfois même, la pression énergique d'un nerf périphérique (cubital, radial, péronier) suffit à déterminer le phénomène.

TRAITEMENT. — Dès l'admission, la malade est soumise au traitement classique : injections intraveineuses de sels calciques (gluconate de calcium Sandoz à la dose d'un gramme par jour), ingestion d'huile de foie de morue ou de « Vigantol » ; administration de « Parathyroïdine Parke-Davis » (à la dose d'un comprimé, soit six milligrammes par jour).

EVOLUTION. — Après une semaine de ce traitement, les crises commencent à s'espacer et à diminuer en intensité, n'atteignant plus que rarement les membres inférieurs ou la glotte.

Mais dans l'intervalle de ces accidents paroxystiques, la malade, bien qu'elle soit relativement calme, présente encore des troubles mentaux. Approximativement orientée dans le temps et dans l'espace, elle accuse en outre un gros déficit de la mémoire, surtout en ce qui concerne les faits les plus récents ; elle est incapable de préciser le temps qu'elle a déjà passé à la clinique. Elle se souvient de l'intervention opératoire, mais croit qu'il n'y a que trois jours qu'elle a eu lieu. Bientôt, cependant, elle s'aperçoit de son erreur, faisant spontanément remarquer qu'il ne peut en être ainsi puisque la plaie opératoire du cou est déjà complètement cicatrisée ! Assez affective, elle s'étonne de ne pas recevoir la visite des siens et craint qu'il ne leur soit arrivé un malheur. Nullement indifférente à son propre état, elle s'inquiète de son avenir et questionne les médecins au sujet de la curabilité de son cas. Une lettre, écrite à ce moment par la malade à son mari et à son fils, met bien en relief son état actuel : « Depuis « hier, je suis un peu mieux, ma mémoire est un peu revenue, mais « comme vous le voyez, mon écriture n'est pas encore bien. Il paraît « que j'ai dit beaucoup de bêtises, que j'étais une criminelle, etc. » Parlant de la tentative de suicide, elle ajoute : « Je ne comprends « vraiment pas comment j'ai pu faire une sottise pareille à l'hôpital... « Ce n'est pas permis d'avoir fait une bêtise comme on me dit et je « ne sais même pas où. Si je guéris, comme nous serons heureux « après ! Il paraît que je suis ici depuis 15 jours et il me semble que « ce n'est que depuis hier. »

Vers la mi-février, les crises tétaniques disparaissent à peu près complètement. La malade continue seulement à se plaindre par intermittence de fourmillements dans les bras et de sensation de cuisson. En même temps, l'état psychique s'améliore. Tandis que la lucidité

réapparaît, il persiste une amnésie à peu près totale pour ce qui concerne les événements survenus depuis l'opération de décembre. La malade ne se souvient plus des circonstances qui ont motivé son admission au Centre psychiatrique, elle n'a notamment aucun souvenir des tentatives de suicide.

Au début de mars, on observe à nouveau, à l'occasion d'une otite aiguë, quelques crises tétaniques, accompagnées de troubles mentaux. Tout cela disparaît rapidement, en même temps que l'affection auriculaire.

Au début d'avril, les règles, qui ne s'étaient plus produites depuis janvier, réapparaissent normalement.

Le 22 avril 1933, la malade rentre en famille. Elle ne présente à ce moment plus aucun trouble mental. Bien qu'on ait supprimé progressivement les injections de calcium et la parathyroïdine, on n'observe plus de crises tétaniques. La calcémie est remontée à 8,6 milligrammes pour cent. Cependant, la plupart des signes latents de la tétanie persistent : en particulier, le placement du garrot au bras détermine encore l'apparition de la « main d'accoucheur ».

Vers le mois d'août, quelques crampes se sont manifestées au niveau des mains, à l'occasion d'une infection grippale fébrile.

Actuellement (novembre 1933), la guérison s'est maintenue depuis sept mois. La malade ne présente même plus aucun signe latent de tétanie. Les troubles dysthyroïdiens ont disparu depuis l'opération, ainsi que les douleurs profondes des membres. Les déformations précédemment constatées aux jambes se sont grandement estompées. Enfin, l'état général est excellent.

En résumé, il s'agit d'une femme de 40 ans, qui, depuis dix ans, présentait divers phénomènes morbides que nous croyons symptomatiques d'un état d'*hyperparathyroïdisme* : troubles osseux avec décalcification et métastases calciques sous-cutanées, douleurs profondes dans les membres, fréquence des troubles digestifs et des crises de coliques néphrétiques. La présence, avant l'intervention opératoire, d'une petite tumeur située dans la région cervicale, nettement à droite de la ligne médiane, rend encore plus plausible le diagnostic rétrospectif d'*adénome parathyroïdien*.

A ce syndrome devenu chronique sont venus s'ajouter récemment les signes d'un dysfonctionnement thyroïdien (en particulier augmentation du métabolisme basal). D'ailleurs, l'existence d'une dysthyroïdie, loin d'infirmar la possibilité d'une atteinte parathyroïdienne, est, au contraire, un argument en sa faveur, car l'on sait que les deux affections coexistent fréquemment.

Quinze jours après la thyroïdectomie subtotala, complétée par l'enlèvement de l'adénome parathyroïdien, sont apparues des crises de tétanie. Quelques jours plus tard, se sont manifestés des troubles psychiques à forme anxieuse et hallucinatoire, qui ont nécessité d'urgence le placement de la malade dans un sanatorium spécialisé.

Le traitement de l'hypocalcémie, joint à l'opothérapie parathyroïdienne, a fait disparaître, en moins de trois semaines, les crises de tétanie et les troubles mentaux qui les accompagnaient.

La relation étroite qui existe entre la forme de tétanie qui nous occupe et la déficience fonctionnelle des parathyroïdes est établie à l'heure actuelle sur des bases cliniques et expérimentales solides.

D'une part, en effet, les cliniciens avaient eu depuis longtemps l'attention attirée par les crises tétaniques survenant à la suite des interventions sur la thyroïde ayant accidentellement lésé les parathyroïdes. D'autre part, chez l'animal, les troubles rapidement mortels causés par l'extirpation totale des parathyroïdes avaient déjà été décrits par les physiologistes du siècle dernier.

Du point de vue biochimique, les états tétaniques et d'une manière plus générale toutes les affections classées dans le groupe des spasmophilies, se caractérisent principalement par une hypocalcémie et par une alcalose sanguine qui peut être compensée ou décompensée.

L'analyse du sang révèle également une diminution du magnésium, une augmentation du sodium, du potassium, de la guanidine et des phosphates alcalins. L'étude de la calcémie, faite d'abord par le dosage du calcium sanguin total (Mac Callum et Voetglin, 1909), montra qu'en pathologie humaine, comme dans les recherches expérimentales chez l'animal, les syndromes tétaniques s'accompagnent d'une diminution de la teneur du sang en chaux. Cette constatation a donné naissance à une théorie pathogénique qui attribua les accidents convulsifs à cette hypocalcémie. Des recherches ultérieures (Wilson, Stears et Janney, 1915) ont démontré que la tétanie s'accompagne également d'une hyperalcalinité des humeurs, et qu'une alcalose provoquée est capable de déterminer les mêmes manifestations convulsives. Ceci a engendré une théorie en apparence opposée à la première, et d'après laquelle l'alcalose serait responsable des accidents tétaniques.

Bigwood (1924) a montré que ces deux théories sont conciliables, étant donné qu'il existe une dépendance très étroite entre le métabolisme de l'ion calcium et la régulation neutralisatrice humorale. Or on sait que seule la partie *ionisée* du calcium sanguin exerce une influence sur les propriétés cellulaires. C'est donc l'ion calcique qu'il importe d'envisager dans ces réactions et non le calcium total.

Ceci explique certains faits en apparence contradictoires, tels

que par exemple l'apparition de crises tétaniques en période d'alcalose compensée, ou la disparition de phénomènes tétaniques après ingestion de sels solubles de chaux, sans aucune modification importante du taux du calcium *total* du plasma.

Cependant la théorie faisant de la tétanie un désordre primitif des ions du sang et des tissus ne fut par la seule proposée. D'autres cliniciens furent amenés à penser que la tétanie était déterminée par l'intoxication du système nerveux par des produits dont l'accumulation aurait résulté de la déficience dans le fonctionnement d'un organe hypothétique de désintoxication.

Hammett (1927) attribuait aux parathyroïdes une fonction double : régulation du métabolisme calcique et désintoxication azotée. La théorie de l'intoxication azotée fut également soutenue par Critchley (1925). Selon lui, le calcium neutraliserait des toxiques circulants, soit par combinaison directe, soit en rendant les tissus moins excitable. L'apparition dans la circulation de sous-produits azotés toxiques dépendant d'un hypo-fonctionnement des parathyroïdes diminuerait la réserve calcique.

Paton (1924) incrimina aussi la guanidine dont le taux sanguin s'élève au cours de la tétanie. Il remarqua en effet que l'on peut, chez l'animal, faire disparaître les symptômes de la tétanie par une saignée abondante suivie de la transfusion d'une solution saline en quantité équivalente à celle du sang retiré. D'autre part, il fit remarquer que l'injection de méthyl-guanidine stimule les neurones efférents de la moelle et qu'enfin ces substances sont accrues dans le sang et l'urine après parathyroïdectomie et dans l'urine dans les cas de tétanie idiopathique.

Expérimentalement, Susman (1926) injectant à l'animal de la guanidine, avait observé, histologiquement, une hyperactivité des parathyroïdes.

Swingle et Wenner (1926) confirmèrent les résultats expérimentaux de Paton ; mais ils établirent en outre un fait très curieux et plein d'intérêt : c'est que la seule saignée (100 cc. chez le chien), non suivie de réinjection saline, supprime également les accidents tétaniques, si bien que les animaux reprennent pendant 6 à 8 heures un aspect normal. Ces auteurs démontrèrent alors que la saignée provoquait une augmentation notable de la calcémie (qui, dans leurs expériences, passait en une heure et demie de 5,9 à 8,4 mgr. p. cent). Ce qui paraît encore confirmer l'importance de l'élément calcium dans ces expériences, c'est qu'une deuxième saignée, pratiquée dès la réapparition des symptômes tétaniques, ne déclanche plus l'augmentation du taux du calcium sanguin : par le fait même, cette deuxième saignée

a perdu tout effet curateur ! Il est en effet probable que la quantité de calcium que l'organisme peut mobiliser dans les 24 heures, sous l'effet de la stimulation de la saignée, est limitée.

Par la suite, d'autres travaux sont venus confirmer l'opinion la plus ancienne d'après laquelle il fallait attribuer un rôle primordial à l'hypocalcémie dans le déclenchement de la tétanie. C'est ainsi que Brougher (1928) insista sur l'influence heureuse de tous les efforts thérapeutiques ayant pour résultat de favoriser la rétention de calcium. Il montra que chez les chiens parathyroïdectomisés, l'huile de foie de morue retardait l'apparition de la tétanie et en atténuait les manifestations. Chez les animaux ainsi traités, la calcémie revenait à la normale en 30 à 40 jours. Par la suite, on peut même suspendre impunément les ingestions d'huile de foie de morue, sauf au moment du cycle œstral ou en cas de grossesse ou d'infection.

Cette fixation du calcium est également favorisée par certaines préparations irradiées (Hess et Lewis, 1928) ou par l'application des rayons ultra-violets (Higgins et Sheard, 1928).

A l'heure actuelle, il paraît bien établi que *la tétanie est souvent conditionnée par une déficience des sécrétions parathyroïdiennes et que ses manifestations cliniques sont l'expression de l'hypo-calcémie*. Mais, dans la plupart des cas, la cause même de cette altération fonctionnelle des parathyroïdes nous échappe.

Dans les statistiques récemment publiées, on relève de 2 à 3 p. cent de tétanie après thyroïdectomie. La proportion est naturellement un peu plus élevée après les interventions portant sur les parathyroïdes (interventions que l'on pratique actuellement de plus en plus souvent dans les cas de dysostoses à l'origine desquelles on a des raisons de suspecter un dysfonctionnement des parathyroïdes).

Quelle est dans ce cas l'étiologie des accidents tétaniques post-opératoires ?

L'hypothèse d'une extirpation pure et simple des quatre glandes parathyroïdes paraît insoutenable surtout lorsque, comme dans le cas qui nous occupe, l'opération a été conduite par un chirurgien de grande notoriété. D'ailleurs, la guérison des troubles tétaniques suffit souvent à infirmer cette supposition qui serait d'autre part insuffisante dans les cas où une opération limitée n'a porté que sur un côté du cou.

Une hypothèse séduisante, qui s'applique particulièrement aux cas, les plus nombreux, où la tétanie est apparue à la suite de l'extirpation d'un adénome parathyroïdien, a été proposée par

Snapper (1930) : après l'opération, le squelette décalcifié (puisque l'adénome parathyroïdien aurait entraîné une suractivité fonctionnelle de ces glandules) absorberait le calcium sanguin avec tant d'avidité que la calcémie descendrait en-dessous du niveau critique, permettant aux symptômes de la tétanie de se manifester. A ce moment, les trois autres parathyroïdes normales, seraient incapables de régler l'absorption du calcium par le squelette.

Barr, Bulger et Dixon (1929) ont publié une observation très intéressante qui paraît fournir un argument solide en faveur de cette théorie. Leur malade avait présenté une tétanie grave quelques jours après l'extirpation d'un adénome parathyroïdien, bien que les auteurs eussent eu soin de lui prescrire dès le début cent unités d'extrait parathyroïdien Collip par jour. Ce n'est qu'après lui avoir injecté du calcium par voie intra-veineuse (4 grammes de calcium par la bouche n'ayant eu auparavant aucun effet !) que les accidents tétaniques disparurent. Cette observation est donc en faveur de l'hypothèse que, même avec une fonction parathyroïdienne suffisante, — en d'autres mots, avec une quantité suffisante d'extrait parathyroïdien, — la tétanie peut apparaître chez ces malades par suite d'une absorption excessive de calcium par le tissu osseux.

Nous avons vu que, dans les observations de troubles mentaux graves au cours de la tétanie, trois symptômes principaux ont été signalés : la confusion, les hallucinations, l'anxiété. Le cas que nous avons rapporté confirme cette symptomatologie.

Le syndrome mental qui peut accompagner la tétanie parathyréoprive paraît donc être caractérisé principalement par un état confusionnel hallucinatoire avec crises d'agitation anxieuse, au cours desquelles les malades peuvent présenter de véritables raptus mélancoliques.

La confusion mentale et les hallucinations sont notées dans presque toutes les observations. Les troubles affectifs qui les accompagnent revêtent généralement la forme dépressive, avec *anxiété et tendances au suicide*.

Ces constatations sont à rapprocher des résultats de certaines recherches sur les modifications du taux des électrolytes des humeurs et de leur équilibre acido-basique dans les états mélancoliques. On sait que ces recherches n'ont pas encore été réalisées sur une échelle suffisamment étendue pour permettre des conclusions définitives et que d'ailleurs elles ont souvent fourni des résultats contradictoires.

Quoiqu'il en soit, les troubles mentaux qui peuvent survenir au cours de la tétanie présentent beaucoup d'analogies avec les crises périodiques de mélancolie anxieuse. Ce fait vient à l'appui de l'opinion d'après laquelle l'éclosion des états mélancoliques aigus coïnciderait avec une alcalose sanguine et, par conséquent, avec une diminution du taux du calcium ionisé du plasma.

Mais comme la plupart des cas de tétanie ne s'accompagnent pas de troubles mentaux, il est bien certain que dans la pathogénie de ceux-ci d'autres facteurs doivent intervenir.

Des observations telles que celle que nous venons de rapporter montrent cependant qu'on peut entrevoir la possibilité de préciser un jour les syndromes humoraux de certains troubles de l'esprit.

BIBLIOGRAPHIE

- BARR (D. P.), H. A. BULGER et H. H. DIXON, 1929. — Hyperparathyroïdism. *Journ. Am. Med. Ass.*, 92, 951.
- BIGWOOD (E. J.), 1924. — La concentration en ions calcium du plasma sanguin. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 6, 118.
- BLUM (F.), 1932. — Manifestations of psychic disturbances in experimental insufficiency. *Arch. f. Psych.*, 96, 215.
- BROUGHER (J. C.), 1928. — The treatment of parathyroïdectomized dogs with cod liver oil. *Amer. Journ. of Physiol.*, 84, 583.
- COELHO (E.), 1932. — Etude d'un cas de tétanie parathyréoprive avec graves troubles mentaux. *Progrès médical*, 12, 497.
- COLLIP (J. B.), 1925. — Extraction of a parathyroïd hormone which will prevent or control parathyroïd tetany and which regulates the level of blood calcium. *Journ. biol. Chem.*, 63, 395.
- CRITCHLEY (M.), 1925. — Pathogenesis of tetany. *Arch. Int. Med.*, 35, 100.
- FRANCKL-HOCHWART, 1890. — Ueber Psychosen bei Tetanie. *Jahrb. d. Psychiatrie u. Neurol.*, 9, 128.
- HAMMETT (F. S.), 1927. — Studies of thyroïd apparatus ; cyclic character of response to parathyroïd deficiency. *Amer. Journ. of Physiol.*, 81, 349.
- HESS (A. F.) et J. M. LEWIS, 1928. — Clinical experience with irradiated ergosterol. *Journ. Am. Med. Ass.*, 91, 783.
- HIGGINS (G. M.) et C. SHEARD, 1928. — The effects of selective solar irradiation on the parathyroïd glands of chicks. *Amer. Journ. of Physiol.*, 85, 299.
- HIRSCHL (A.), 1914. — Tetanie und Psychose. *Jahrb. f. Psych.*, 36, 1.
- LAPINSKY (M.), 1907. — Ein Fall von Wiederholter transitorischer halluzinatorischer Verwirtheit bei Tetanie. *Neurol. Centralbl.*, 4, 146.
- LEMAIRE (H.), 1923. — Les troubles mentaux dans la tétanie. *Bull. Soc. Péd.*, 1, 14.
- LUTHER, 1901. — Tetanie und Psychose. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 58, 863.

- MAC CALLUM (W. G.) et C. VOETGLIN, 1909. — On the relation of tetany to the parathyroid glands and to calcium metabolism. *Journ. of Experimental Med.*, 11, 118.
- MOURIQUAND (G.) et P. BERTOYE, 1926. — La spasmophilie (Etude clinique et thérapeutique). *Journ. de Méd. de Lyon*, 147, 85.
- PATON (D. N.), 1925. — Significance of guanidins in animal body. *Glasgow Med. Journ.*, 104, 297.
- POPEA (A.) et T. R. DEMETRESCO, 1930. — Tetanie si psychoza. *Rev. Stiint. Med.*, 19, 531.
- SCHULTZE (F.), 1897. — Tetanie und Psychose. *Berlin. Klin. Woch.*, 177.
- SNAPPER (J.), 1930. — Parathyroid tumor and changes of the bonus. *Arch. Int. Med.*, 46, 506.
- SUSMAN (W.), 1926. — Guanidin and the parathyroids. *Endocrin.*, 10, 455.
- SWINGLE (W. W.) et W. F. WENNER, 1925. — The effect of bleeding upon the serum calcium of thyroparathyroidectomized dogs. *Amer. Journ. of Physiol.*, 75, 372.
- WILSON (D. W.), T. STEARNS et J. H. JANNEY, 1915. — The effect of acid administration on parathyroid tetany. *Journ. biol. Chem.*, 21, 169.
- WILSON (D. W.) et T. STEARNS, 1916. — Studies on parathyroid tetany. *Johns Hopkins Hosp. Rep., Balt.*, 18, 12.
-

(Travail du Centre psychiatrique de Bruxelles).

LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES MENTALES DANS L'ENSEIGNEMENT CONTEMPORAIN

PAR

MAURICE DESRUELLES.

Dans un article sur les troubles de l'intelligence (*in* traité de pathologie générale de Bouchard, 1903), Féré a écrit : « Ceux qui discutent sur la classification des folies ressemblent passablement aux ouvriers de la Tour de Babel ; plus ils parlent, moins ils s'entendent. Si les mots n'ont pas pour tous la même signification, c'est qu'ils s'appliquent à des états qui sont en réalité distincts. C'est ce dont on se rend compte par l'étude des syndromes manie, mélancolie, stupeur. »

En 1872, Foville, dans un remarquable article sur la « Nomenclature et classification des maladies mentales » paru dans les *Annales Médico-Psychologiques*, avait écrit : « Mieux vaut encore se servir des mots qui ont cours aujourd'hui à condition de bien indiquer dans quelle acception on les emploie et de préciser les limites qu'on entend assigner à leur usage. »

Dans la rédaction de mon rapport sur la classification et les statistiques des maladies mentales que je présenterai bientôt au Congrès de Lyon (1), j'ai cherché à éviter le reproche de Féré et suivant le conseil de Foville, je me suis bien gardé d'employer une terminologie nouvelle.

C'est pourquoi j'ai puisé les éléments de la nomenclature utilisée : d'une part, dans les traités classiques parus depuis 1900 et dont les classifications sont bien connues ;

d'autre part, en faisant une enquête auprès des Professeurs

(1) Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXXVIII^e session, Lyon, 16-22 juillet 1934.

et chargés de cours de psychiatrie dans les Facultés de France et des pays de langue française.

Certes, le but poursuivi par nos maîtres dans leur enseignement est différent du mien. Leurs classifications ne peuvent être simples parce qu'elles sont didactiques et doivent ordonner en groupes les diverses et nombreuses variétés de maladies mentales, alors que mon dessein, beaucoup plus restreint, se borne à proposer une classification aussi simple que possible, qui ne comprenne que les principales entités nosologiques, et qui puisse servir de base à une statistique administrative.

Toutefois, il m'a paru utile de rechercher, dans l'enseignement des Facultés, quels étaient les termes les plus fréquemment employés, quels étaient ceux qui prêteraient le moins à l'équivoque et à la discussion, et enfin, de connaître sur quelles bases étaient établies les classifications didactiques.

Comme nous ne pouvons reproduire toutes les classifications que nous avons reçues, dans notre rapport dont le nombre de pages est fort limité, et comme elles sont inédites, il nous a paru utile de les publier objectivement dans cette revue (1).

En 1885, Régis, dans la première édition de son « Manuel pratique », en simplifiant les types de classification définis par Buchez, Falret, Foville fils, a écrit que « les classifications proposées jusqu'à ce jour peuvent se ranger en quatre chefs : 1° les classifications psychologiques, basées sur la nature des troubles intellectuels ; 2° les classifications symptomatiques, basées sur les manifestations extérieures de la maladie ; 3° les classifications pathogéniques ou étiologiques, basées sur les causes et l'origine du développement de la folie ; 4° enfin, les classifications anatomiques, basées sur les caractères des lésions. La plupart de ces classifications sont plutôt *mixtes* que véritablement *systématiques*, c'est-à-dire basées à la fois sur plusieurs des caractères que nous venons d'énumérer ».

Les classifications inédites que nous présentons sont mixtes, elles ne sont jamais basées systématiquement sur un seul caractère, elles utilisent toutes largement l'étiologie, la clinique et l'anatomie pathologique, quand les lésions sont connues. Aucune

(1) Je tiens à remercier nos Maîtres de leur aimable obligeance. Ils m'ont donné non seulement la classification adoptée dans leur enseignement, mais encore ils y ont joint de précieux conseils qui m'ont servi très utilement à la rédaction de mon rapport.

Je m'excuse auprès de quelques-uns d'entre eux, d'avoir résumé leurs classifications si complètes, qui comprenaient la totalité des variétés nosologiques, et de ne reproduire ici que les grandes lignes des tableaux qui m'ont été communiqués.

d'entre elles, malgré les progrès de nos connaissances en anatomie pathologique et en histologie du système nerveux, n'est purement anatomique, comme celles de Scipion Pinel, de Voisin, de Luys, de Rémond et Lagriffe. Aucune d'entre elles n'est purement étiologique comme celle de Morel. Dans l'état actuel de nos connaissances, elles sont assises sur plusieurs bases et nous pouvons les diviser en 3 catégories : 1° classifications mixtes : psychologique, étiologique et anatomique ; 2° classifications mixtes : symptomatique, étiologique et anatomique ; 3° classifications mixtes : étiologique et anatomique. Il faut remarquer que toutes empruntent deux de leurs bases à l'étiologie et à l'anatomie.

I. CLASSIFICATION MIXTE PSYCHOLOGIQUE ÉTIOLOGIQUE ET ANATOMIQUE

La classification de notre maître le P^r Raviart, à laquelle le P^r Nayrac s'est « résolument rallié ».

I Modifica- tions par- tielles d'une ou plusieurs facultés. — Déséquili- bres sou- vent hérédi- taires anciens états cons- titutionnels ou dégéné- ratifs.	Perception. Association des idées. Attention. Mémoire. Humeur. Emotivité. Affectivité. Volonté.	Détermi- nant des manières d'être. Tempéra- ments ou consti- tutions.	Maniaque. (excitation). Mélancolique. (dépression). Maniaco-Mé- lancolique. Emotive.	et parfois de vérita- bles mala- dies :	Manie. Mélancolie. Etats mixtes
	Sens moral. Imagination. Jugement. etc.		Perverse. Pithiatique. Mythomaniaque. Quérolente querelleuse. Paranoïaque. (orgueil et mé- fiance). etc.		Hypocondrie. Phobies. Obsessions. Impulsions pyroma- nes, klep- tomanes, exhibition- nistes. Folie morale. Hystérie. Mythomanie. Délire d'imagi- nation. Délire de re- vendication D. d'inter- prétation. D. halluci- natoire.

Passagères	Confusions mentales (obnubilation).	Simple. Comateuse. Convulsive. Procurive. Délirante. Hallucinatoire. Catatonique	Types principaux — Ivresses alcooliques. Paroxysmes épileptiques. Délires fébriles.
II Modifications générales d'origine toxique, infectieuse etc.	Démences (affaiblissement).	Précoce. Syphilitique (paralysie générale). Encéphalitique. Alcoolique. Artério-scléreuse. Organique, lésions en foyer. Vésanique. Sénile.	
Chroniques	Arriérations (agénésie)	Idiotie. Imbécillité. Débilité mentale.	

Cette classification récente, inédite, est d'une présentation originale et pratique, qui doit rendre l'enseignement des maladies mentales plus facile. Comme les classifications de Heinroth, de Hammond, l'une des classifications de Scipion Pinel, celles de Billod, de Falret (folies perceptive, morale, affective, instinctive), comme celle de Cotard (*in* article folie du dict. de Dechambre), comme celle du traité de Marchand, cette classification est basée, en partie, sur la psychologie et dans un ingénieux tableau synoptique les maladies mentales partielles et les constitutions se trouvent placées en face de la faculté intellectuelle qui s'y trouve principalement lésée. D'autre part, comme les classifications de Ferrus, de Falret, de Baillarger et de Delasiauve, elle est basée sur des modifications générales ou partielles de l'entendement, et, comme le demandait Falret, elle tient compte de l'évolution des maladies.

II. CLASSIFICATIONS MIXTES, SYMPTOMATIQUES ET ANATOMIQUES

La classification du *Pr Hesnard* est symptomatique ou, pour être plus précis, elle est séméiologique. Destinée à des praticiens non spécialisés, elle a cet avantage particulier de faire correspondre chacune de ses divisions à un temps du diagnostic.

M. Hesnard estime que l'on peut distinguer quatre groupes de faits cliniques :

- I. Syndromes psychopathiques { partiels.
 { généralisés.
- II. Etats psychopathiques caractérisant un *terrain* mental (dégénérescences et constitutions).
- III. Etats psychopathiques caractérisés par une altération du fonds mental (démences).
- IV. Entités morbides psychiatriques ou maladies mentales proprement dites (folie intermittente, démence précoce, etc...).

Au 1^{er} groupe correspond le diagnostic du syndrome (ou des symptômes apparents); au 2^e groupe, le diagnostic du terrain; au 3^e groupe, le diagnostic du fonds mental; au 4^e groupe, le diagnostic de la maladie.

Dans son excellent petit livre (premières notions de psychiatrie), le P^r Hesnard a publié un tableau synoptique ingénieux où le temps du diagnostic correspond à la séméiologie psychique différentielle et au diagnostic. Les variétés cliniques admises par le P^r Hesnard sont : Délire (hallucinatoire, d'interprétation, d'imagination) ; manie, mélancolie, état mixte ; discordance mentale ; déséquilibre mental et débilité mentale ; démence vraie (sénile, artériopathique, paralytique ou paralysie générale) ; démence affective (démences précoces ou vésaniques), et il résume les entités nosologiques mentales principales en : psychose intermittente, démence précoce, délire chronique, délire polymorphe.

On peut citer, dans cette catégorie, la classification du P^r Porot, qui est une énumération de syndromes, basée à la fois sur la symptomathologie et la clinique. « La pauvreté des fondements anatomiques, l'imprécision et l'intrication des facteurs étiologiques et pathologiques, les grands caprices de l'évolution ne m'ont permis d'édifier qu'un nombre fort restreint d'entités morbides », écrit M. Porot, et il craint « le danger de créations nosologiques artificielles et trop extensives, si l'on veut édifier des espèces morbides distinctes ». L'énumération des syndromes étudiés par le P^r Porot est la suivante : Syndrome confusion mentale, les syndromes mentaux d'origine infectieuse, les syndromes mentaux d'origine toxique, les syndromes mentaux des auto-intoxications et des troubles de la nutrition, les syndromes mentaux puerpéraux, les syndromes mentaux d'origine endocri-

no-végétative, les syndromes mentaux confusionnels psychogènes et les confusions mentales associées.

Cette énumération de syndromes (ensemble de symptômes) est basée sur leur étiologie.

Le Dr *J. Hamel*, dans son cours à la Faculté de Nancy, a, comme le P^r Porot, présenté à ses élèves « des syndromes mentaux sous leur dénomination la plus classiquement admise, mais étudiés en réalité sous leur aspect biologique et rattachés le plus étroitement possible à la pathologie nerveuse ou à la pathologie interne ». Ces syndromes sont énumérés dans l'ordre où il fait ses cours :

- 1° Les états maniaques,
- 2° Les états mélancoliques,
- 3° La psychose hallucinatoire chronique,
- 4° Les délires non hallucinatoires,
- 5° Les états constitutionnels dégénératifs,
- 6° Les épileptiques,
- 7° La démence précoce,
- 8° La paralysie générale,
- 9° Les démences organicoséniles,
- 10° Les états aigus et subaigus d'origine toxique et toxi-infectieuse,
- 11° L'alcoolisme cérébral,
- 12° L'encéphalite épidémique,
- 13° Les états psychoneurasthéniques,
- 14° L'hystérie.

III. CLASSIFICATIONS MIXTES ÉTIOLOGIQUES ET ANATOMIQUES

Depuis Morel (1860) dont la classification était purement étiologique, ou mieux comme l'écrivait Buchez, pathogénique, depuis Ball, dont la classification était mixte, étiologique et anatomique, la plupart des classifications qui ont été publiées dans les traités classiques depuis 1900 ont donné la prééminence à l'étiologie, malgré la multiplicité et la complexité des causes (souvent présumées) des maladies mentales ; elles tiennent en outre largement compte des lésions organiques, et elles peuvent se diviser en trois catégories dont les deux groupes principaux sont assez voisins : 1° maladies mentales constitutionnelles et maladies mentales acquises (Gilbert Ballet) ; 2° maladies mentales de cause connue et de cause inconnue (Chaslin, Toulouse), dans ce cas, il vaudrait mieux dire de causes mal connues ; 3° psychopathies maladies et psychopathies infirmités (Régis).

Le *P^r Abadie*, « après plusieurs essais de classification, est revenu au principe de la division de Régis (psychopathies infirmités, psychopathies maladies) qui établit avec netteté pour les élèves la distinction entre le fonds mental et la maladie mentale ». Il utilise deux classifications : la première, très détaillée, comprend toutes les variétés cliniques des maladies mentales ; la seconde, qui en est le résumé, ne comprend que les grandes familles nosologiques, et je m'excuse de ne reproduire que celle-ci, que j'ai encore résumée :

I. Psychopathies, infirmités	a) Insuffisances mentales.....	Idiotie. Imbécillité. Débilité mentale.
	b) Déséquilibres mentales	Constitutions mentales mor- bides simples. Constitutions mentales mor- bides associées.
II. Psychopathies, maladies	a) Psychoses infec- tieuses ou toxiques	1 ^o Syndrome confusionnel, confusion mentale. 2 ^o Les formes nosologiques dans les diverses infec- tions et les diverses into- xications.
	b) Psychoses orga- niques	Syndrome démentiel. Formes nosologiques de la démence (1).
	c) Psychoses consti- tutionnelles	La psychose maniaque dé- pressive. Les psychoses systématisées.

La classification dont le *P^r H. Claude* se sert dans ses cours est divisée en trois grands groupes « qu'il est nécessaire de séparer », écrit-il ; « on rencontre des éléments qui fusionnent les uns avec les autres, ce qui ne doit pas surprendre puisqu'il en est de même en pathologie générale ».

(1) Les formes nosologiques de la démence sont....	Démences dans les encéphalopathies à lésions circonscrites ou diffuses.
	Démences artérioscléreuses.
	Démence sénile vraie.
	Démence paralytique.
	Démence précoce.

I. Insuffisances psychiques.....	Congénitales.	{	Idiotie.
			Imbécillité.
	Arriération.		
		Débilité mentale.	
	Protopathiques.	{	Démence précoce.
			Hébéphrénocatatonie.
	Acquises	{	Démences organiques.
			Démence sénile.
	Secondaires	{	Démence paralytique.
			Alcoolique.
Démences de causes multiples	{	Vésanique.	
		Affections délirantes.	
Encéphalite sporadique ou épidémique.			
	Etiologie Complexe.		
II. Psychopathies secondaires à troubles biologiques, toxiques ou simplement fonctionnels.	{	Manie.....	Psychose périodique.
		Mélancolie.	Manie et mélancolie chroniques.
		Etats délirants par poussées, bouffées sur terrain prédisposé.	
		Périodicité délirante.	
		Etats passionnels impulsifs.	
		Etats confusionnels.	
		Psychoses toxi-infectieuses.	
		Confusion mentale.	
		Délire aigu.	
		Délire des infections.	
		Psychoses d'épuisement.	
		Alcoolisme.	
		Psychoses toxiques diverses.	
		Syndrome d'involution.	
		Etat sénile et toxique.	
III. Psychoses constitutionnelles.....	Constitution paranoïaque	{	Psychoses interprétatives.
			Psychose hallucinatoire.
	Constitution émotive	{	Psychose d'influence.
			Psychoses mixtes (les plus fréquentes).
	Constitution perverse	{	Psychoses anxieuses.
			Déséquilibres.
	Constitution hystérique	{	Folie morale.
			Folie religieuse, politique.
	Mythomanie.		
		Amnésie.	
Automatisme psychomoteur.			
	Association hystéro-organique.		

IV. Groupe des schizoses.

Etat schizoïdique de Kretschmer.

Schizomanie.

V. Groupe des schi- } Schizophrénie vraie.

zophrénies..... } Forme paranoïde.

Forme schizophasique.

Forme paraphrénique.

Le Pr *P. Combemale* considère qu'il y a deux types de classifications suivant que l'on se place au point de vue didactique (la classification doit être alors détaillée et étiologique) ou au point de vue administratif (elle doit être alors plus simple).

Sa classification psychiatrique est la suivante :

I. — Maladies mentales relevant d'un état qui puise sa cause pour la plus grande part dans la constitution du malade.

Anatomique : arriérés.

Physiologique : déséquilibres, dysendocriniens, involution.

Psychologique : constitution.

II. — Maladies mentales relevant d'un état qui puise sa cause dans une atteinte acquise d'origine infectieuse, toxique ou humorale.

Syndrome confusion.

Syndrome psychoses, encéphalites.

Syndrome démence : paralysie générale, autres démences.

Sa classification administrative est une énumération des entités nosologiques principales :

Arriérés — Dégénérés — Manie — Mélancolie — Délirants —
Alcooliques — Déments paralytiques — Déments précoces —
Autres démences — Epileptiques — Etats aigus.

Le Pr *Georges Dumas* se sert dans son enseignement de la classification de Kræpelin telle qu'elle se trouve dans la dernière édition de son traité. Bien qu'il l'ait critiquée dans le tome II du *Traité de Psychologie* (1924), il l'a ordonnée dans le tableau étiologique suivant :

A. Psychoses strictement exogènes, c'est-à-dire provenant de :

Traumatismes.

Maladies cérébrales à lésions diffuses ou circonscrites.

Intoxications aiguës ou chroniques.

Toxi-infections (confusion mentale).

Syphilis (paralysie générale).

- | | | |
|--|---|---|
| B. Psychoses strictement exogènes, mais dont les causes toujours organiques ne sont que partiellement ou pas du tout cérébrales. | } | Troubles séniles et préséniles.
Affections liées à l'artériosclérose. |
| C. Psychoses de cause obscure, mais vraisemblablement auto-toxiques et assimilables à certains égards aux psychoses exogènes, tout en comportant une part de prédisposition. | } | Psychose thyroéogène.
Démence précoce.
Épilepsie. |
| D. Psychoses exogènes par les causes occasionnelles, et constitutionnelles par le rôle plus considérable joué par la prédisposition. | } | Affections psychogènes.
Hystérie. |
| E. Psychoses strictement constitutionnelles. | } | Psychose maniaque dépressive.
Paranoïa. |
| F. Anomalies constitutionnelles. | } | États psychopathiques primitifs (psychasthénie).
Personnalités morbides. |
| G. Provisoirement hors classe. | } | Les arrêts de développement psychique. |

Le P^r Georges Dumas remarque très justement que « Les classifications étiologiques (qui essaient de classer ces troubles mentaux d'après leurs causes) en reviennent en définitive à deux groupes principaux, celui des causes extérieures et celui des prédispositions ».

Le P^r *Euzière* estime « qu'il est arbitraire et décevant de poursuivre la recherche d'une classification des maladies mentales... et que la meilleure classification actuelle ne saurait servir de plan à un exposé didactique de psychiatrie..., le plus simple est de prendre comme base de classification les facteurs étiologiques ».....

« ...On est amené à diviser les syndromes mentaux en deux grandes classes, ceux que, pour simplifier la nomenclature, on peut appeler constitutionnels, et ceux que l'on peut appeler troubles acquis. »

I. — Troubles constitutionnels

- a) Les arriérations mentales } Imbécillité.
Débilité mentale.
Epilepsie dite idiopathique.
Idiotie.
- b) Les déséquilibrés mentaux (constitutions psychopathiques) :
- Les inadaptés* } Les invalides moraux } atrophie morale.
instabilité morale.
inversion morale.
Les toxicomanes.
Les schizoïdes et les pithiatiques.
- Les émotifs* } La névrose d'angoisse.
La psychasthénie constitutionnelle.
Les hypocondriaques.
- Les paranoïaques* } Les paranoïaques simples.
Les délires d'interprétation.
La psychose hallucinatoire chronique.
- Les cyclothymiques*: La psychose maniaque dépressive } mélancolie.
manie.

II. — Troubles acquis

- a) Par action passagère toxi-infectieuse :
 - Les confusions mentales.
 - Les délires oniriques.
 - Les délires aigus.
- b) Par troubles endocriniens :
 - Les syndromes endocriniens.
 - La mélancolie d'involution.
- c) Par action prolongée toxi-infectieuse :
 - Les démences : toxiques.
 - précocé.
 - paralysie générale.
 - sénile.
- d) Par action de mécanismes variés :
 - L'état mental et les troubles psychiques dans les maladies nerveuses et les maladies générales.

Le P^r *Fribourg-Blanc*, en adressant sa classification, remarque que « si la débilité mentale et le déséquilibre mental y tiennent une place aussi importante, ceci s'explique en raison des cas de ce genre, fréquents chez les engagés et dans une division médico-

légale ». Cette classification « destinée aux médecins stagiaires du Val-de-Grâce » est très complète et elle est ici résumée dans ses grandes lignes :

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|---|---|----------------|---|-------------------------|--|----------------|--|------------------------------------|--|
| I. Infirmités psychiques congénitales.. | { Idiotie.
Imbécillité.
Débilité mentale.
Déséquilibre mental. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Névroses. | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="284 406 802 555"> { Neurasthénie, psychasthénie, syndromes obsessionnels, syndromes anxieux, syndrome post-commotionnel, névrose traumatique, hystérie, épilepsie..... </td> <td data-bbox="808 419 997 539"> { Traumatique.
 D'autre nature organique.
 Essentielle. </td> </tr> </table> | { Neurasthénie, psychasthénie, syndromes obsessionnels, syndromes anxieux, syndrome post-commotionnel, névrose traumatique, hystérie, épilepsie..... | { Traumatique.
D'autre nature organique.
Essentielle. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| { Neurasthénie, psychasthénie, syndromes obsessionnels, syndromes anxieux, syndrome post-commotionnel, névrose traumatique, hystérie, épilepsie..... | { Traumatique.
D'autre nature organique.
Essentielle. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III. Psychoses | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="253 707 440 826"> a) Psychopathies d'origine organique..... </td> <td data-bbox="440 571 997 962"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 651 668 707"> 1^o Infectieuses ou parasitaires </td> <td data-bbox="668 571 997 778"> { Confusion mentale aiguë.
 Confusion mentale chronique.
 Démence précoce.
 Paralyse générale.
 Troubles psychiques de la trypanosomiase. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 786 606 810"> 2^o Toxiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 818 657 842"> 3^o Traumatiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 850 730 874"> 4^o Tumeurs cérébrales. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 882 979 930"> 5^o Lésions vasculaires..... </td> <td data-bbox="637 874 979 930"> { Démence artérioscléreuse.
 Démence sénile. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 938 844 962"> 6^o Troubles neuroendocriniens. </td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="253 978 440 1129"> b) Psychopathies sans substratum organique précis </td> <td data-bbox="440 962 968 1142"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 994 637 1026"> Cyclothymie .. </td> <td data-bbox="637 962 968 1058"> { Manie.
 Mélancolie.
 Psychose à double forme. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1058 771 1082"> Syndromes paranoïaques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1090 637 1114"> Schizophrénie. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1121 885 1142"> Psychose hallucinatoire chronique. </td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | a) Psychopathies d'origine organique..... | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 651 668 707"> 1^o Infectieuses ou parasitaires </td> <td data-bbox="668 571 997 778"> { Confusion mentale aiguë.
 Confusion mentale chronique.
 Démence précoce.
 Paralyse générale.
 Troubles psychiques de la trypanosomiase. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 786 606 810"> 2^o Toxiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 818 657 842"> 3^o Traumatiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 850 730 874"> 4^o Tumeurs cérébrales. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 882 979 930"> 5^o Lésions vasculaires..... </td> <td data-bbox="637 874 979 930"> { Démence artérioscléreuse.
 Démence sénile. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 938 844 962"> 6^o Troubles neuroendocriniens. </td> <td></td> </tr> </table> | 1 ^o Infectieuses ou parasitaires | { Confusion mentale aiguë.
Confusion mentale chronique.
Démence précoce.
Paralyse générale.
Troubles psychiques de la trypanosomiase. | 2 ^o Toxiques. | | 3 ^o Traumatiques. | | 4 ^o Tumeurs cérébrales. | | 5 ^o Lésions vasculaires..... | { Démence artérioscléreuse.
Démence sénile. | 6 ^o Troubles neuroendocriniens. | | b) Psychopathies sans substratum organique précis | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 994 637 1026"> Cyclothymie .. </td> <td data-bbox="637 962 968 1058"> { Manie.
 Mélancolie.
 Psychose à double forme. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1058 771 1082"> Syndromes paranoïaques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1090 637 1114"> Schizophrénie. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1121 885 1142"> Psychose hallucinatoire chronique. </td> <td></td> </tr> </table> | Cyclothymie .. | { Manie.
Mélancolie.
Psychose à double forme. | Syndromes paranoïaques. | | Schizophrénie. | | Psychose hallucinatoire chronique. | |
| a) Psychopathies d'origine organique..... | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 651 668 707"> 1^o Infectieuses ou parasitaires </td> <td data-bbox="668 571 997 778"> { Confusion mentale aiguë.
 Confusion mentale chronique.
 Démence précoce.
 Paralyse générale.
 Troubles psychiques de la trypanosomiase. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 786 606 810"> 2^o Toxiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 818 657 842"> 3^o Traumatiques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 850 730 874"> 4^o Tumeurs cérébrales. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 882 979 930"> 5^o Lésions vasculaires..... </td> <td data-bbox="637 874 979 930"> { Démence artérioscléreuse.
 Démence sénile. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 938 844 962"> 6^o Troubles neuroendocriniens. </td> <td></td> </tr> </table> | 1 ^o Infectieuses ou parasitaires | { Confusion mentale aiguë.
Confusion mentale chronique.
Démence précoce.
Paralyse générale.
Troubles psychiques de la trypanosomiase. | 2 ^o Toxiques. | | 3 ^o Traumatiques. | | 4 ^o Tumeurs cérébrales. | | 5 ^o Lésions vasculaires..... | { Démence artérioscléreuse.
Démence sénile. | 6 ^o Troubles neuroendocriniens. | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ^o Infectieuses ou parasitaires | { Confusion mentale aiguë.
Confusion mentale chronique.
Démence précoce.
Paralyse générale.
Troubles psychiques de la trypanosomiase. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 ^o Toxiques. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ^o Traumatiques. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 ^o Tumeurs cérébrales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ^o Lésions vasculaires..... | { Démence artérioscléreuse.
Démence sénile. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 ^o Troubles neuroendocriniens. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Psychopathies sans substratum organique précis | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="440 994 637 1026"> Cyclothymie .. </td> <td data-bbox="637 962 968 1058"> { Manie.
 Mélancolie.
 Psychose à double forme. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1058 771 1082"> Syndromes paranoïaques. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1090 637 1114"> Schizophrénie. </td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="440 1121 885 1142"> Psychose hallucinatoire chronique. </td> <td></td> </tr> </table> | Cyclothymie .. | { Manie.
Mélancolie.
Psychose à double forme. | Syndromes paranoïaques. | | Schizophrénie. | | Psychose hallucinatoire chronique. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cyclothymie .. | { Manie.
Mélancolie.
Psychose à double forme. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Syndromes paranoïaques. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schizophrénie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psychose hallucinatoire chronique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le P^r Jean Lépine tient jusqu'ici toutes les classifications pour provisoires. « Pour sa commodité, il se sert assez volontiers de celle de Régis ; « il y a aussi des idées excellentes dans celle de Chaslin... ».

La classification du P^r Lévy-Valensi ne répond, écrit-il, qu'à des nécessités didactiques, et il fait des réserves sur les constitutions automatique (mot exécrable) et cyclothymique qui sont seulement commodes.

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|--|---------------------|--|-------------------------------------|--|----------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------|--|
| I. Maladies mentales d'évolution...
(Insuffisants) | { Idiotie.
{ Imbécillité.
{ Arriération.
{ Débilité. | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Maladies mentales constitutionnelles..... | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="269 231 528 292">Const. émotive.....</td> <td data-bbox="528 231 938 292"> { Psychose émotive.
 { Neurasthémie post-émotive. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 292 528 354">Const. anxieuse....</td> <td data-bbox="528 292 938 354"> { Psychasthénie, psychose
 { anxieuse, obsession. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 354 528 446">Const. expansive
dépressive.....</td> <td data-bbox="528 354 938 446"> { Dépression et excitation consti-
 { tutionnelles, cyclothymie,
 { psychose périodique. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 446 528 477">Const. imaginative..</td> <td data-bbox="528 446 938 477">Délire d'imagination.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 477 528 508">Const. perverse....</td> <td data-bbox="528 477 938 508">Pervers instinctifs.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 508 528 539">Const. automatique..</td> <td data-bbox="528 508 938 539">Pithiatisme, schizophrénie.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 539 528 600">Const. paranoïaque</td> <td data-bbox="528 539 938 600"> { Délire d'interprétation.
 { Délire de revendication. </td> </tr> </table> | Const. émotive..... | { Psychose émotive.
{ Neurasthémie post-émotive. | Const. anxieuse.... | { Psychasthénie, psychose
{ anxieuse, obsession. | Const. expansive
dépressive..... | { Dépression et excitation consti-
{ tutionnelles, cyclothymie,
{ psychose périodique. | Const. imaginative.. | Délire d'imagination. | Const. perverse.... | Pervers instinctifs. | Const. automatique.. | Pithiatisme, schizophrénie. | Const. paranoïaque | { Délire d'interprétation.
{ Délire de revendication. |
| Const. émotive..... | { Psychose émotive.
{ Neurasthémie post-émotive. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. anxieuse.... | { Psychasthénie, psychose
{ anxieuse, obsession. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. expansive
dépressive..... | { Dépression et excitation consti-
{ tutionnelles, cyclothymie,
{ psychose périodique. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. imaginative.. | Délire d'imagination. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. perverse.... | Pervers instinctifs. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. automatique.. | Pithiatisme, schizophrénie. | | | | | | | | | | | | | | |
| Const. paranoïaque | { Délire d'interprétation.
{ Délire de revendication. | | | | | | | | | | | | | | |
| III. Maladies mentales acquises.. | <table border="0"> <tr> <td data-bbox="269 616 528 739">Etologie complexe.</td> <td data-bbox="528 616 938 739"> { Confusion mentale.
 { Neurasthénie secondaire.
 { Démence précoce.
 { Epilepsie. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="269 739 528 893">Etologie connue ...</td> <td data-bbox="528 739 938 1093"> { Maladies infectieuses aiguës.
 { Maladies infectieuses chroniques... } Psychoses
 { } syphilitiques.
 { } P. G.
 { Maladies infectieuses du névraxe
 { encephalite etc.
 { Intoxications... } endogènes.
 { } exogènes.
 { Lésions cérébrales localisées
 { (démence organique).
 { Traumatismes craniens. </td> </tr> </table> | Etologie complexe. | { Confusion mentale.
{ Neurasthénie secondaire.
{ Démence précoce.
{ Epilepsie. | Etologie connue ... | { Maladies infectieuses aiguës.
{ Maladies infectieuses chroniques... } Psychoses
{ } syphilitiques.
{ } P. G.
{ Maladies infectieuses du névraxe
{ encephalite etc.
{ Intoxications... } endogènes.
{ } exogènes.
{ Lésions cérébrales localisées
{ (démence organique).
{ Traumatismes craniens. | | | | | | | | | | |
| Etologie complexe. | { Confusion mentale.
{ Neurasthénie secondaire.
{ Démence précoce.
{ Epilepsie. | | | | | | | | | | | | | | |
| Etologie connue ... | { Maladies infectieuses aiguës.
{ Maladies infectieuses chroniques... } Psychoses
{ } syphilitiques.
{ } P. G.
{ Maladies infectieuses du névraxe
{ encephalite etc.
{ Intoxications... } endogènes.
{ } exogènes.
{ Lésions cérébrales localisées
{ (démence organique).
{ Traumatismes craniens. | | | | | | | | | | | | | | |
- IV. Maladies d'involution : démence sénile.

*
**

EN BELGIQUE :

Le P^r *Diory* (Liège), dans son enseignement « qui ne comporte que les éléments de psychiatrie et ne doit pas s'embarrasser de

subtilités nosologiques », a adopté la classification étiologique suivante :

I. — *Etats dégénératifs*

- 1° Oligophrénies (idiotie, imbécillité, débilité mentale). Encéphalopathies infantiles. Idiotie amaurotique, mongolisme, etc...
- 2° Déséquilibre mental (dégénérés supérieurs, anormaux du caractère, folie morale).
- 3° Episodes délirants dans ces états.

II. — *Psychoses (surtout) constitutionnelles*

- 1° La névropsychose constitutionnelle et les psychonévroses (neurasthénie, hystérie).
- 2° L'épilepsie.
- 3° La psychose maniaque dépressive (manie, mélancolie, états circulaires). La cyclothymie.
- 4° La paranoïa (délires chroniques à base hallucinatoire, à base d'interprétations, etc...).
- 5° Les schizophrénies (démence précoce proprement dite ; états schizophréniques, etc...). Hébéphrénie greffée. (Groupe des schizophrénies est à cheval sur II et III).

III. — *Psychoses (surtout) accidentelles*

- 1° Troubles psychiques d'origine traumatique.
- 2° Affections organiques de l'encéphale (artériosclérose cérébrale, tumeurs, Pick, Alzheimer, etc...).
- 3° Psychoses toxiques : exogènes (alcoolisme, morphinomanie, cocaïnomanie, etc...) ; endogènes (troubles endocriniens, dyscrasiques, etc...).
- 4° Psychoses toxi-infectieuses (amentia, états délirants, onirisme, etc...).
- 5° Spirochétose cérébrale (paralysie générale, syphilis cérébrale, etc...).
- 6° Démence sénile et presbyophrénie.

Le P^r *Auguste Ley* (Bruxelles) utilise dans son enseignement une classification fort simple en faisant remarquer « qu'il s'agit d'élèves en médecine, peu aptes à saisir les trop grandes finesses des classifications psychiatriques ». Cette énumération est étiologique.

- 1° Les psychoses infectieuses (confusion mentale, délires fébriles, etc...).
- 2° Les intoxications exogènes (alcool, morphine, etc...).
- 3° Les syphilis nerveuses (paralysie générale et cérébrale).

- 4° Les encéphalopathies organiques (foyers).
- 5° Les psychoses séniles et préséniles.
- 6° Les insuffisances mentales (idiotie, imbecillité, débilité, arriération).
- 7° Les démences juvéniles (schizophrénie et démence précoce).
- 8° La cyclothymie (manie-mélancolie).
- 9° Les épilepsies.
- 10° Les psychoses systématisées chroniques (paranoïa).
- 11° L'hystérie (et les influences psychogènes).

M. A. Ley signale aimablement que la classification de Jellgersma (Leyde) place la démence sénile dans les psychoses toxiques, la sénilité étant la somme de toutes nos intoxications auto-gènes. Le P^r Claude dit « état sénile et toxique ».

AU PORTUGAL :

Le P^r de Moura m'a adressé le résumé du programme du cours de psychiatrie dont il est chargé à la Faculté de Médecine de Coïmbra. Ce programme est nettement étiologique :

Cyclothymie et psychoses cyclophréniques.

Psychasthénie.

Mythomanie.

Paranoïa.

Déséquilibre du sens moral.

Epilepsies.

Oligophrénies.

Troubles mentaux d'origine traumatique.

Psychoses exotoxiques et endotoxiques.

Infection syphilitique du névraxe.

Démence précoce type Morel et schizophrénies.

Psychonévrauxites à virus inconnu (psycho-encéphalites et encéphalites psychosiques).

Psychose d'involution (mélancolie involutive, etc...).

Artériosclérose cérébrale.

Démences séniles.

EN SUISSE :

Le P^r Ladame (Genève) m'a adressé aimablement une abondante documentation sur la classification et les statistiques des maladies mentales en Suisse. Nous en extrayons la classification portée sur la fiche statistique établie pour chaque malade à son entrée dans un asile cantonal. Cette classification est très voi-

sine de celle que proposa M. Bersot à la réunion internationale de prophylaxie et d'hygiène mentale (30 mai 1932) :

- a) *Oligophrénies* : idiotie ; imbecillité ; débilité ; crétinisme.
- b) *Troubles constitutionnels* : psychopathies.
- c) *Psychoses simples* : 1° Groupe des affections maniaques et dépressives ; 2° Groupe des schizophrénies ; 3° Paranoïa ; 4° Psychogénies ; 5° Formes symptomatiques ; 6° Autres formes.
- d) *Psychoses organiques* : 1° Paralysie générale ; 2° Psychoses séniles : simples, artériosclérotiques, presbyophréniques ; 3° Autres psychoses organiques.
- e) *Troubles épileptiques* : essentiels, autres.
- f) *Intoxications* $\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ pures} \\ 2^{\circ} \text{ alcooliques compliquant les autres psychoses.} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} \text{alcooliques.} \\ \text{autres.} \end{array} \right.$
- g) *Pas de maladie mentale* : sain, névropathe, non aliéné au point de vue légal.

A cette classification qui se réduit à six groupes, le P^r Ladame a joint une énumération très complète des diverses variétés cliniques des maladies mentales qui rentrent dans chacun de ces groupes.

Le P^r Preisig (Lausanne) a adopté comme plan dans son cours et pour les diagnostics la classification de Kræpelin et celle de Bleuler qu'il a résumées dans le tableau suivant :

I. — *Psychopathies constitutionnelles* :

- 1° $\left\{ \begin{array}{l} \text{Manie constitutionnelle} \\ \text{Fanatiques} \\ \text{Mythomanes} \end{array} \right\} \text{expansifs.}$
- 2° $\left\{ \begin{array}{l} \text{Déprimés constitutionnels, spleeniques} \\ \text{Hypocondres constitutionnels} \end{array} \right\} \text{déprimés.}$
- 3° Hyperémotifs et déséquilibrés.
- 4° $\left\{ \begin{array}{l} \text{Psychasthéniques.} \\ \text{Psycho-neurasthéniques.} \\ \text{Abouliques.} \\ \text{Obsédés et phobiques.} \end{array} \right.$
- 5° Impulsifs.
- 6° Constitutions paranoïaques.
- 7° Hystéroïdes.
- 8° Epileptoïdes.
- 9° Schizoïdes.
- 10° Cycloïdes.

11° Amoraux.

12° Psychopathies sexuelles.

II. — *Oligophrènes* :

- { Idiots et leurs variétés.
- { Imbéciles.
- { Débiles mentaux.

III. — *Epilepsies*.

IV. — *Affections psychogènes* :

- { Neurasthénie acquise.
- { Impotence par auto-suggestion.
- { Psychonévroses émotionnelles.
- { Délires oniriques psychogènes.
- { Délire des sourds.
- { Folie induite.
- { Psychoses carcérales.

V. — *Hystérie*.

VI. — *Paranoïa*.

VII. — *Schizophrénies* :

- { démences précoces simples.
- { hébéphrénies.
- { formes catatoniques.
- { formes paranoïdes.

VIII. — *Psychose maniaco-dépressive* :

- { manies.
- { mélancolies.
- { états mixtes.

IX. — *Alcoolisme. Autres intoxications* (morphine, cocaïne, etc...).

X. — *Psychoses organiques* :

- { paralysie générale, psychose tabétique, etc...
- { encéphalite épidémique.
- { démences séniles et par artériosclérose.
- { troubles mentaux dans les affections cérébrales.
- { (chorées, scléroses, traumatismes).

XI. — *Délires fébriles et infectieux*.

XII. — *Auto-intoxications* : urémie, diabète.

Pour terminer, je rappellerai la classification du P^r G. Modena, Directeur de l'Office statistique des maladies mentales à Ancone, adoptée officiellement en Italie (1).

(1) La classification du prof. G. Modena a été publiée dans l'*Hygiène Mentale* (1927, page 106).

- I. — Phrénasthénies { avec lésions cérébrales évidentes.
 { sans lésions évidentes.
- II. — Psychoses dégénératives (personnalité psychopathique, folie morale, paranoïa, délire querulent, neurasthénie, hystérie, psychoses carcérales).
- III. — Psychoses épileptiques.
- IV. — Psychoses affectives (état dépressif, état maniaque, états circulaires, périodique).
- V. — Démence précoce (schizophrénie, hébéphréno-catatonie paranoïde et paraphrénique, psychoses sensorielles et hallucinatoires).
- VI. — Psychoses toxiques { endogènes.
 { exogènes { alcoolique.
 { { pellagre.
 { { autres.
- VII. — Psychoses infectieuses (psychoses syphilitiques, paralysie progressive, taboparalysie, encéphalite épidémique, délire aigu).
- VIII. — Psychoses séniles.
- IX. — Psychoses de l'encéphalopathie organique.

La classification italienne précédente (1907) avait 16 groupes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 14 Juin 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

En ouvrant la séance, M. Roger MIGNOT, *président*, salue la présence du D^r D. MISKOLCZY, professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Szeged (Hongrie).

COMMUNICATIONS ET PRÉSENTATIONS

Action du chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans divers syndromes neuro-psychiatriques,
par MM. H. PICHARD, R. A. CASAUBON et M^{lle} GABRIELLI (*Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle*).

Nous exposons ici, sous la forme d'une simple note, les résultats d'expérimentation clinique pratiquée à l'Hôpital Henri-Rousselle avec une association médicamenteuse de calcium et hyposulfite de magnésium.

L'un de nous (1) a déjà présenté ailleurs les résultats favorables obtenus en pathologie digestive avec ce traitement. Sous

(1) Paul VIARD et R. A. CAUSAUBON. — Société de Thérapeutique, Paris, 14 février 1934. Le chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans le traitement des spasmes digestifs.

l'influence de ce complexe chimique, l'élément spasme cédait d'une façon constante. C'est cette action, en quelque sorte élective, qui nous a conduit à nos recherches actuelles dans le domaine psychiatrique.

L'action isolée de chacun de ces médicaments nous était déjà connue. Nous avons tous pu observer les résultats réels, mais assez aléatoires qu'ils nous ont donnés. Le chlorure de calcium, présenté comme le médicament du spasme, ne nous semble avoir rempli ce rôle que dans une certaine mesure. L'hyposulfite de magnésium, employé soit comme désensibilisateur, soit comme antispasmodique, notamment dans les états maniaques, ne nous a pas rendu non plus, en pathologie mentale, les services attendus.

Il semble, par contre, que l'association que nous présentons ait donné des résultats plus constants et plus durables.

Nous avons utilisé deux solutions :

l'une, pour la voie intra-musculaire, est injectée 3 fois par semaine jusqu'à concurrence de 12 à 15, selon les résultats ;

l'autre, par voie intra-veineuse, est injectée 2 fois par semaine, également jusqu'à 12 à 15, cette voie pouvant être considérée en quelque sorte comme un traitement d'attaque.

Les malades sur lesquels nous avons expérimenté sont très variés. Et peut-être sont-ils trop nombreux encore pour nous permettre une statistique très utile.

Nos tentatives thérapeutiques peuvent être schématisées en deux grands groupes, que relie plus ou moins la notion de spasme :

A. En premier lieu, le grand cadre très vaste où se rencontrent tous les déséquilibres du sympathique : les instables, les émotifs, les petits anxieux, les cénestopathes, dont les troubles divers, mobiles, surviennent à la façon de décharges spasmodiques. Ce sont aussi ces malades gémissants, insatisfaits, rebelles à la plupart des thérapeutiques et qui sont peut-être les plus difficiles de nos malades de services ouverts.

Sur 15 observations, nous avons 5 échecs contre 10 guérisons ou améliorations très marquées.

Nous ne pouvons détailler ici ces observations qui seront exposées dans une thèse ultérieure.

Qu'on nous permette seulement d'en résumer une, particulièrement démonstrative :

M. U. est atteint depuis deux ans environ d'un syndrome de déséquilibre mental avec manifestations paroxystiques diverses : tristesse

vague, crises de larmes, indécision, insomnie, incapacité d'aucun travail suivi. Sur ce fonds se greffent des crises anxieuses avec angoisse précordiale, constriction thoracique et œsophagienne.

Le 8 janvier 1934 on institue le traitement par voie intraveineuse. Le pH urinaire est à cette époque : alcalose, 7,6. Le réflexe oculo-cardiaque : 50.

Les trois premières injections amènent une recrudescence de l'énerverment, de l'angoisse, et de l'insomnie. pH urinaire : 7,5.

A la 4^e injection, le malade est plus calme. A la 6^e injection, il accuse une notable amélioration, qui s'accroît aux injections suivantes jusqu'à une guérison à peu près complète.

Suivi depuis cette époque, la guérison s'est maintenue. Il éprouve une stabilité qu'il n'avait jamais connue. Traité autrefois par le chlorure de calcium qui déjà l'avait amélioré, il nous dit : « J'ai l'impression d'être plus stable qu'avec le chlorure de calcium. » Et, en effet, tous ses symptômes ont actuellement disparu ; il ne présente plus notamment de spasmes, d'angoisses, de constriction.

Notons que son pH urinaire s'est maintenu, lui aussi, depuis cette époque, en acidose, aux alentours de 5,5-6 ; le réflexe oculo-cardiaque : 65-70.

Il s'agit donc avant tout, dans nos cas favorables, de déséquilibres du sympathique, de petits mentaux.

Par contre, dès qu'il s'agit de sujets plus profondément touchés, nous n'avons enregistré que des échecs : les grands anxieux et particulièrement les anxiétés symptomatiques d'un terrain plus taré : démences précoces, obsédés graves, ne sont pas ou peu influencés.

Dans un autre ordre d'idées, les malades à attitude mentale très fixée, les délirants mélancoliques, hypocondriaques, n'en éprouvent pas non plus de bénéfice notable.

Les résultats d'ensemble, dans nos cas favorables, peuvent être ainsi résumés :

1° Du point de vue mental, ce sont avant tout les phénomènes d'ordre spasmodique qui rétrocedent : décharges anxieuses, manifestations d'instabilité, troubles du caractère et de l'humeur qui traduisent un terrain de système vago-sympathique, et, en conséquence, une amélioration du rendement pragmatique et un retour à l'activité normale.

2° Parmi les symptômes d'ordre somatique, nous insistons surtout sur les symptômes digestifs ; ce fait confirmant d'ailleurs la communication princeps de Viard et Casaubon.

Les spasmes gastro-intestinaux cèdent : l'aérophagie, si fréquente dans ces états, la constipation.

3° Un point particulier, chez les femmes, l'amélioration des règles, qui reprennent un rythme plus normal.

4° Enfin, l'état général accuse une amélioration à peu près constante : augmentation du poids et reprise des échanges alimentaires.

Il est un fait à signaler dans l'évolution du traitement : dans les cas envisagés, les premières injections, jusqu'à la 3° ou 4°, ont toujours amené une recrudescence des troubles psychopathiques, exagération des phénomènes anxieux et de la nervosité. Ce n'est que vers la 5° ou 6° injection que se déclanche l'amélioration. Ce fait est tellement net que certains malades ont refusé de continuer le traitement.

B. Le 2° groupe de cas traités comporte les affections neurologiques, dans lesquelles le spasme joue un rôle :

Nous voyons particulièrement :

- la chorée de Sydenham,
- le Parkinson post-encéphalitique.

Nous nous permettons de citer une observation de chorée, qui paraît assez concluante :

Il s'agit d'une fillette de 9 ans, entrée le 25 mars 1934 dans le service de Mlle Badonnel, qui présente depuis un mois des mouvements cholériques désordonnés : l'enfant ne peut manger seule, tombe de son lit, parle difficilement. On commence, le 29 mars, le traitement, par voie intra-musculaire, trois injections par semaine.

A la 5° injection, la petite malade est améliorée ; les mouvements ont diminué d'amplitude, elle ne tombe plus de son lit.

A la 12° injection, elle est presque guérie, les mouvements ont à peu près disparu, l'enfant peut remplir un verre d'eau et le boire sans en renverser une seule goutte. Elle sort dans cet état le 22 mai.

Dans le Parkinson post-encéphalitique, les résultats sont moins constants et nous ont paru plus difficiles à interpréter. Le tremblement n'est pas influencé par le traitement, mais la raideur, par contre, subit une notable amélioration.

Nous l'étudions enfin actuellement dans la sclérose en plaques sans pouvoir encore conclure.

Tels sont les résultats d'ensemble que nous avons, à dessein, rapidement schématisés.

Un point nous reste à signaler, le rôle de l'équilibre acide-base dans le mécanisme de l'action thérapeutique.

Dans tous les cas expérimentés, nous avons soigneusement tenu le bilan du pH du malade. Avant l'institution de chaque

traitement, au cours et à la fin de celui-ci, le pH urinaire a été recherché.

Nous avons fait trois constatations :

1° Seuls, les malades en alcalose ont réagi au traitement.

Les chiffres de nos sujets étaient primitivement aux alentours de 7 à l'échelle calorimétrique de Guillaumin.

2° Les malades qui ont guéri ou qui se sont améliorés ont tous modifié leur pH urinaire dans le sens de l'acidose et sont parvenus aux alentours de 5-6 à l'échelle calorimétrique.

3° Lorsqu'il nous est arrivé de constater une rechute, nous avons parallèlement constaté un retour à l'alcalose.

Il en découle une conséquence pratique intéressante : c'est la nécessité de pratiquer la recherche du pH urinaire chez ces malades avant de commencer le traitement et l'inutilité de l'instituer chez les sujets en état d'acidose.

Cependant, dans les chorées, le rôle de l'acidose nous a semblé secondaire, sans que nous puissions apporter d'explication à cette constatation.

Ainsi, peut-on tenter d'éclaircir à la lumière de ces faits l'action thérapeutique du médicament : si l'on admet, chez nos malades, un déséquilibre vago-sympathique en rapport avec la modification humorale à prédominance vago-tonique que traduit l'alcalose, il faut faire intervenir, dans le renversement des facteurs humoraux l'action, démontrée par de nombreux travaux de physiologistes (1), acidifiante du chlore et du calcium. Outre cela, on connaît le rôle antispasmodique du calcium et du magnésium.

Nous ne reviendrons pas ici sur leurs arguments. Il nous suffit d'ailleurs de nous abriter derrière l'autorité de M. Laignel-Lavastine (2), qui fut un précurseur dans cet ordre de travaux. Plus récemment, Montassut et Delaville (3) ont repris cette question, en même temps que Montassut essayait avec Codet (4)

(1) STEUVART et PERCIVAL. — Calcium metabolism (*Physiological reviews*, 1928, VIII, p. 283).

— ZONDECK. — Die elektrolytes. (Berlin, 1927).

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et R. CORNELIUS. — Société de Biologie, octobre 1924.

— LAIGNEL-LAVASTINE. — Vagotonie et alcalose. (*Presse Médicale*, 29 septembre 1928).

— LAIGNEL-LAVASTINE et R. CORNELIUS. — De l'alcalinité ionique des urines et du sang chez les anxieux. (*Journal Médical Français*, juillet 1930).

(3) MONTASSUT et DELAVILLE. — La dépression constitutionnelle. *Presse Médicale* (N° 42, 27 mai 1931).

(4) MONTASSUT et CODET. — Traitement des états émotifs par le chlorure de magnésium. *Progrès Médical*, 1931.

l'action du chlorure de magnésium chez les émotifs et les anxieux.

Comment expliquer maintenant l'action plus constante et plus durable de cette association médicamenteuse ? Sans doute, peut-on penser que l'élément « soufre » intervient ici comme catalyseur et fixe plus profondément le calcium, qui, à l'état libre, est rapidement éliminé et incapable d'une action durable. Ce rôle du soufre étant déjà observé à l'égard d'autres médicaments : sels d'or, par exemple, arsenic, bismuth.

Syndrome hallucinatoire aigu à prédominance auditive chez un aveugle alcoolique, par MM. MARESCHAL et BELEY.

Le malade que nous présentons aujourd'hui à la Société est un jeune aveugle de naissance qui, à la suite d'excès alcooliques prolongés, présenta un état d'agitation avec crises hallucinatoires à prédominance auditive sur le caractère desquelles nous avons voulu insister.

B. (Désiré) est âgé de 29 ans. Né avant terme (à 8 mois), après un accouchement difficile (présentation du siège), il pesait 1.600 gr. à la naissance.

Le père était et est encore un alcoolique invétéré, il fut traité pour blennorrhagie et syphilis. La mère était également atteinte de blennorrhagie. L'enfant présenta, vers le 4^e jour, des signes d'infection oculaire et fut traité pendant 3 mois aux Quinze-Vingts pour ophtalmie purulente. Le petit malade fut alors confié à l'école Braille où il resta comme pensionnaire jusqu'à l'âge de 18 ans.

Vers l'âge de 7 ans, à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'œil, le malade, pendant un temps qu'il ne peut préciser et que sa mère déclare être de deux ans, arrive à distinguer la lumière de l'obscurité, ainsi que certaines couleurs très voyantes (le rouge et le blanc, par exemple). Mais bientôt, cette amélioration disparaît et, à 13 ans, la cécité est absolue. A aucun moment, B... ne fut capable de reconnaître un visage, il ne distinguait que des ombres, et encore lorsqu'elles étaient toutes proches.

A 9 ans, étant à l'école Braille, notre malade aurait une « congestion cérébrale », sur laquelle les renseignements manquent.

A 11 ans, une scarlatine vient encore aggraver un état de santé assez précaire.

A l'école, il se montre paresseux et fantasque, il apprend cependant à lire en Braille, à jouer du violon, du piano, du banjo, de l'accordéon et surtout un métier : celui de brossier.

Vers l'âge de 18 ans il cesse d'être interne à l'école Braille pour

exercer sa nouvelle profession, mais c'est un travailleur irrégulier et il utilise ses dons musicaux dans les bals-musettes, les apéritifs-concerts et autres lieux de plaisir, où il tient l'orchestre. C'est là qu'il contracte de fâcheuses habitudes d'intempérance.

Il est sociable, gai, toujours en bruyante compagnie et acceptant sans refuser jamais les vins blancs qu'on lui offre. A un caractère affectueux, sensible, voire romanesque, qui est le sien à jeun, s'opposent une brutalité et une violence particulières lorsqu'il est ivre. Il frappe alors sa mère, enfonce les portes, brise les carreaux, rivalisant ainsi de violence avec un père chroniquement ivre.

Après des protestations d'affection et des serments de sobriété, où il semble jouer avec une certaine habileté les scènes larmoyantes, il menace de se suicider si sa mère ne lui donne pas d'argent pour boire et disparaît pendant plusieurs jours après avoir vendu tout ce qu'il a pu trouver chez ses parents et emporté l'argent du ménage.

Tous ses actes de violences, ses fugues et ses larcins sont conscients et mnésiques et à aucun moment on ne peut mettre en évidence des troubles pouvant se rattacher à l'épilepsie.

Il y a un an et demi, soit après 8 ans de cette vie, il présenta une première crise hallucinatoire. Accompagnant un tremblement généralisé surgissent des hallucinations auditives : le malade se met à parler sans arrêt avec des interlocuteurs imaginaires qu'il nomme et présente à sa mère. Ces voix ont un caractère agréable. Le plus souvent, il s'agit de conversations galantes, de rendez-vous amoureux. Des scènes de jalousie éclatent entre deux rivales, à propos de notre malade, qui assiste à ces discussions en spectateur à la fois amusé et flatté.

La conviction délirante est absolue.

Cet état dure trois jours et s'accompagne d'une grande agitation motrice.

Cependant, fait important et sur lequel nous voulons insister, à côté de ces hallucinations purement auditives et dont le caractère est loin d'être désagréable, on voit survenir chez le malade, dans des périodes qui correspondent à des excès alcooliques plus marqués, des rêves, rêves colorés, le plus souvent effrayants : ce sont, assez fréquemment, des incendies ; notre malade est alors entouré de flammes, entend le brasier pétiller ; parfois aussi, il voit la forêt, l'eau, le ciel, mais il est beaucoup moins précis à ce sujet. « En réalité, je ne vois jamais qu'en rêve », nous dit-il.

Après un an passé sans accidents hallucinatoires, éclate, il y a environ six mois, une deuxième crise qui présente cette fois le caractère propre aux crises de *delirium* : c'est, outre le tremblement, l'anxiété, avec raptus. Notre malade croit voir alors une grande ombre insaisissable qui veut l'étrangler, et il se sauve dans la rue pour lui échapper. Mais ce caractère effrayant et visuel de l'hallucination est extrêmement court et les hallucinations auditives repren-

nent alors leur déroulement incoercible et leur teinte affective agréable. Le malade ne dort pas et ne peut rester en place.

En quelques jours tout rentre dans l'ordre et ce n'est qu'en ces tout derniers temps, dans la nuit de lundi à mardi, que le malade entend de nouveau des voix.

Nous avons été assez heureux pour voir la mère du malade qui assista à toute cette période hallucinatoire.

B. est depuis lundi, nous dit-elle, en grande conversation avec une femme qu'il appelle Sylvie et qui, d'ailleurs, n'a jamais existé. Sylvie lui dit qu'elle est malheureuse avec Julot, son mari, qu'elle voudrait bien divorcer pour épouser notre malade, mais que Julot ne consentira à divorcer que si elle lui donne de l'argent. Aussi B. a-t-il réclamé avec insistance cinquante francs à sa mère, puis il est descendu dans la rue, disant qu'il allait faire le tour de ses amis pour se procurer des fonds. Il va frapper chez les voisins et cause du scandale. Des variantes nombreuses se greffent sur ce thème hallucinatoire. C'est une certaine Lili qui est descendue du 4^e pour faire à Sylvie des scènes de jalousie à propos de B.

Lorsque notre malade veut serrer Sylvie dans ses bras, il n'étreint que le vide et il l'appelle désespérément. A d'autres moments, notre malade se croit dans un meeting politique haranguant ses partisans, puis il est dans une salle de bal et danse avec des femmes. C'est seulement vers le matin, quand tout cela disparaît, que B. se sent inquiet.

Signalons, pour mémoire, l'apparition transitoire de sensations olfactives que le malade pense être envoyées par Sylvie.

Dans le service, le malade est calme, souriant, légèrement confus, il parle de ses hallucinations visuelles, tantôt comme d'une chose réelle, tantôt comme d'une maladie, mais sa conviction en l'existence de Sylvie semble inébranlable. Il s'alimente bien, n'a pas de température, ses urines, comme celles de beaucoup d'alcooliques, sont riches en urobiline, son Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, mais les autres réactions du liquide céphalo-rachdien montrent une albuminorachie à 0,45 et une réaction de Pandy subpositive ; par ailleurs, la réaction du benjoin montre une précipitation légère dans le premier des cinq derniers tubes, décelant ainsi une petite réaction méningée.

En résumé, il s'agit d'un éthylique avéré atteint de cécité avec un minimum de souvenirs visuels qui a présenté trois accès confusionnels avec agitation et délire hallucinatoire presque exclusivement auditif.

Le caractère scénique, incoercible des hallucinations auditives, sa prédominance nocturne joint à la fugacité et la mobilité extrême des thèmes hallucinatoires, nous a semblé présenter un cachet onirique tout particulier. Il est une preuve de la

non spécificité visuelle des hallucinations de delirium et nous permet de voir expérimentalement quelle part l'audition peut prendre dans l'onirisme des psychoses toxiques lorsque l'appareil visuel est déficient (1).

Par ailleurs, il est à remarquer que l'anxiété chez notre malade fut réduite au minimum et que le caractère des hallucinations fut presque constamment euphorique.

Il nous semble séduisant de penser que notre malade, par un processus de compensation, dont nous avons eu d'autres exemples, a contracté, à l'occasion d'un épisode toxique aigu, une « habitude hallucinatoire » qu'il a utilisée pour matérialiser les phantasmes qui peuplaient son imagination de déshérité.

Refus par un mari de recevoir au foyer son épouse guérie d'une psychose, par M. Paul COURBON.

La mise en liberté du psychopathe guéri se pose parfois devant le psychiatre comme un problème délicat à résoudre. Que faire, par exemple, quand la famille refuse de recevoir son parent qui, de par sa santé physique, est dans l'incapacité de gagner sa vie ?

Ce refus est souvent inspiré par de mauvais sentiments. On ne veut plus d'un compagnon devenu indésirable, même s'il a recouvré sa validité mentale. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

L'impossibilité d'assumer l'entretien d'un être toujours chéri, et que l'internement met à la charge de la collectivité, est parfois le seul mobile du refus. Cela se produit en cas de crise économique, comme celle du chômage que nous traversons actuellement. J'en ai vu récemment plusieurs exemples.

D'autres fois, c'est uniquement la crainte d'une erreur de diagnostic ou d'une récurrence immédiate qui suspend le consentement de la famille au retour du rescapé. En voici, je crois, un exemple :

Il s'agit d'une femme, âgée aujourd'hui de 37 ans, qui, à la suite de la naissance de son cinquième enfant, au bout de 10 ans de mariage, fit en 1930 une poussée de tuberculose pulmonaire, tuberculose que l'on soigna par un pneumothorax et une cure de plusieurs mois de sanatorium.

Au cours de cette cure apparurent insidieusement des troubles mentaux à allure plus torpide qu'aiguë qui nécessitèrent l'interne-

(1) Nous avons injecté, sans résultats importants, 0,40 centigrammes de mescaline à notre malade.

ment à Ste-Anne le 25 mars 1932 d'où elle fut transférée le lendemain à Vaucluse, avec les certificats suivants : « Délire de persécution : accuse successivement les francs-maçons, les juifs, les médecins. Craintes d'empoisonnement. Idées d'influence. On la suggestionne. On lui impose des idées. Départ brusque d'un sanatorium en 1931. Nombreux déplacements depuis. Fugues. Tendances impulsives. Peur de faire du mal à ses enfants. Actuellement, méfiance et réticence extrêmes. Allégation d'amnésie. Déjà traitée en maison de santé. A interner dans un asile d'aliénés. » (D^r Bardonnell, 24 mars 1932). « Etat mélancolique avec idées confuses de persécution, crainte d'empoisonnement. Tout est vague dans son esprit. Elle n'a plus la faculté de penser, gémissements, insomnies. Réflexes rotuliens vifs. » (D^r Simon, 25 mars 1932).

Pendant un an et demi à Vaucluse, elle eut une conduite oisive et décousue, tantôt négativiste, tantôt suggestible, ne manifestant d'intérêt, ni pour les siens, ni pour l'entourage, riant ou pleurant sans cause apparente, refusant souvent la nourriture, négligeant sa toilette, s'efforçant pendant quelques jours à des travaux de ménage avortés, ayant des colères puériles, ne faisant aucun effort pour préciser la chronologie de ses souvenirs, accusant son mari d'infidélité et sa famille de méchanceté sans grande conviction. Aussi, pendant très longtemps, les bulletins de santé furent-ils plutôt pessimistes.

A diverses reprises, elle s'alita, parce qu'elle toussait, maigrissait, se sentant fatiguée. Jamais, elle n'eut de température au-dessus de 38°. Jamais, on ne trouva de bacille dans les crachats.

Vers le début de l'automne, les troubles s'amendèrent peu à peu. Elle reprit contact avec l'extérieur, écrivit aux siens, reçut son mari au parloir avec assez de régularité, demanda à travailler et devint progressivement tout à fait normale quoique très émotive. Elle est, depuis la fin de l'année dernière, une infirmière bénévole, pleine de zèle, d'intelligence. Elle est notamment une monitrice précieuse pour la rééducation d'une abasique hystérique, qui sous ses efforts, est en train de guérir.

Bien entendu, elle est parfaitement consciente de sa maladie mentale passée, qu'elle attribue non sans raison à l'action combinée de l'épuisement causé par cinq grossesses successives en 10 ans et par la tuberculose. La seule anomalie vraiment appréciable qui lui reste, c'est dans la conduite avec son mari qu'on la constate. Elle se montre toujours plus impatiente avec lui au parloir qu'avec n'importe qui dans les conversations ; elle tarde à répondre à ses lettres, le menace de divorcer s'il ne la fait pas sortir, lui reproche de l'avoir épousée, etc.

Mais cette mésentente conjugale, elle est la première à la juger, et à la ramener à sa juste valeur.

« Mon mari, dit-elle, est un très brave homme qui, au fond, m'aime bien, que j'aime bien, mais avec lequel nous ne nous entendrons

jamais parfaitement. Ce n'est pas une raison pour que nous ne recommandions pas à vivre ensemble avec nos cinq enfants, comme nous l'avons fait tant bien que mal pendant 10 ans. En se faisant des concessions, on y arrivera. Mais il ne comprend pas cela. Il a peur de moi parce que je m'émotionne pour un rien.

« Lui est un homme calme. Il est instituteur. Il a trois frères postiers et un quatrième instituteur. Ce sont des enfants de paysans qui sont obstinés, ordonnés, qui ont le mérite de s'être faits eux-mêmes. Ils croient toujours qu'on est à l'école. Il faut faire les choses à heure fixe. Si la soupe n'est pas prête à 7 heures, c'est un drame.

« Moi, je ne suis pas comme eux. Je trouve que si la soupe n'est prête qu'à huit heures, on y gagne de la manger avec plus d'appétit. J'aime la fantaisie, et je tiens cet amour de mon père et de ma mère. Papa était fils d'avocat, il a un frère architecte, un beau-frère médecin, mais il n'a jamais été discipliné, et il quitta sa famille pour devenir prestidigitateur. Maman s'était brouillée elle aussi avec ses parents pour épouser papa, et faire de la prestidigitation avec lui à travers la France comme élèves de Donato. Ils ont divorcé quand j'avais sept ans. J'ai été élevée par mes oncles et tantes. Ceux-ci m'ont mise dans un couvent et, grâce à eux, j'ai acquis assez d'instruction pour me débrouiller. J'ai passé mon brevet. J'avais une bonne place d'employée dans les dommages de guerre quand j'ai connu mon mari. (L'enquête a prouvé l'exactitude de tous ces dires).

« Celui-ci, parce que je suis trop vive et trop émotive, craint toujours que je fasse un malheur. Il n'y a pas de danger. Les plus remuants ne sont pas les plus méchants. Mais qu'il se décide enfin à me reprendre. J'ai hâte de retrouver mes enfants. Et ma vivacité s'entend mieux avec le calme de mon époux qu'avec la vivacité de papa, auprès duquel il veut que j'aille vivre. »

Malgré toutes les preuves du retour d'une validité mentale aussi grande, le mari n'a pas encore consenti à reprendre sa femme. Le 7 février dernier il m'écrivait : « Ma femme me demande de vous écrire pour connaître votre opinion à son égard. Elle voudrait sortir de l'asile. Comme je vous l'ai dit, je me rangerai entièrement à votre avis. »

Je répondais par retour du courrier : « Votre femme a depuis plus d'un mois une conduite tout à fait normale. Je crois qu'elle n'a plus besoin du traitement à l'asile. Elle sera donc tenue prête à partir avec vous dimanche ou jeudi. »

Le 14 février, il ripostait : « Votre lettre pose pour moi un cruel cas de conscience ! Est-ce une malade que vous me conseillez de reprendre ? Les difficultés alors sont très grandes. D'abord le danger de la contamination tuberculeuse pour les enfants. Ensuite celui de la contagion mentale. Et si son équilibre mental n'est pas stable, voyez quelle est ma situation ? J'ai déjà une grosse somme d'efforts à fournir pour ma profession, pour instruire, éduquer, soigner mes

5 enfants. S'il faut ajouter à cela les ennuis, les soucis, la fatigue physique et morale qu'amène une malade aux humeurs fantasques et au caractère difficile même dans son état normal ! Alors je suis obligé de dire non. »

Je répondais le lendemain : « L'hypothèse d'une récidence ne légitime pas le maintien d'un internement prophylactique ; sans cela, tout internement serait à perpétuité. Dans l'état actuel, le Procureur ordonnerait certainement la sortie de votre femme si elle s'adressait à lui. S'opposer à sa décision serait se rendre coupable de séquestration arbitraire et encourir les sanctions de la loi. »

Il m'écrivait le 17 février : « J'ai lu avec étonnement que vous constatiez la disparition des troubles mentaux chez ma femme. Lors de ma dernière visite, j'ai trouvé de la réticence, non de la guérison. Je suis d'autant plus étonné que tous les médecins et vous-même avez marqué le caractère d'incurabilité. M'appuyant sur les dires de deux médecins et connaissant le fonds du caractère de ma femme, connaissant sa vie psychique subconsciente, je suis certain qu'elle tuera. Ancien combattant et prisonnier évadé, j'ai vu la mort de trop près pour la craindre, mais je crains pour mes enfants. C'est pourquoi j'accepte l'intervention du Procureur. »

Quelques jours après, en effet, le Procureur, auquel il avait écrit, me demandait un certificat sur la malade en me communiquant la lettre qu'il venait de recevoir du mari. Celui-ci renouvelait l'assurance que sa femme n'était pas guérie, que deux médecins avaient affirmé qu'elle tuerait. Et il demandait au Procureur de vouloir bien, avant de la mettre en liberté, « la soumettre à une observation attentive dans un autre asile ».

Le 4 mars, je rédigeai ce certificat : « Bouffée délirante guérie sur fond mental schizoïde, avec tuberculose pulmonaire à évolution lente. Les troubles mentaux qui nécessitèrent l'internement ont disparu et, à mon avis, n'est plus justifié le maintien de cette femme à l'asile. Son mari refuse de la reprendre, prétendant qu'elle est toujours malade et dangereuse, et il demande son transfert dans un autre service. Je souscris avec empressement à sa demande. »

Depuis lors, je n'ai reçu aucune nouvelle. La femme est toujours guérie et présente dans mon service. Son mari qui, autant que j'ai pu en juger au cours des entretiens que j'eus avec lui, me paraît un homme honnête et sincère, a promis de la reprendre en août, dès qu'il sera en vacances.

Les autres membres de la famille, dont un oncle médecin, une cousine médecin, le père et la belle-mère, s'efforcent d'encourager l'époux à recevoir sa femme. Mais ils ne veulent prendre aucune initiative.

En résumé, il s'agit d'une tuberculeuse, mère de 5 enfants, guérie d'un accès délirant, mais qui, incapable, à cause de sa débilité physique de gagner sa vie, ne peut quitter l'asile, qu'à

la condition d'être reprise par son mari. Celui-ci, brave homme au fond, hésite à la reprendre par crainte des dangers d'une récidive.

Première question : Ai-je eu raison d'attendre, pour remettre cette femme en liberté, que sa famille consente à la recevoir ?

Au point de vue légal : le procureur est prévenu depuis mars de la situation. Il s'agit d'un placement volontaire. Et l'intéressée est la première à ne pas vouloir forcer la volonté conjugale, tout en étant impatiente de recouvrer sa liberté.

Au point de vue pécuniaire : S'il est vrai qu'elle soit, pendant son internement, en partie à la charge de la collectivité, car son mari ne doit pas payer la totalité de sa pension, il est aussi vrai qu'en qualité d'infirmière bénévole, elle accomplit un travail utile. Celui-ci n'est pas à sous-estimer à une époque où le nombre du personnel va en diminuant, tandis que le nombre des malades va en croissant.

Deuxième question : Si le mari ne tient pas sa promesse de la reprendre en août, que me faudra-t-il faire ?

La femme est introduite. Elle est pâle comme un linge, les traits contractés, le pouls est à 104 pulsations, elle ne répond à aucune question et quitte la salle dès qu'on l'y invite, sans avoir desserré les dents, sans avoir fait d'autres mouvements que ceux d'une déglutition angoissée.

M. VIGNAUD. — En pareil cas, le recours au Patronage des aliénés convalescents est indiqué. Les sujets y bénéficient des avantages de la liberté, sans en avoir les charges, et ils y sont à l'abri de leurs familles quand celles-ci ne veulent plus d'eux.

M. MARCHAND. — De tels cas sont très embarrassants. Un mélancolique à idées de suicide guérit après un an d'internement. Je n'ai pu le mettre en liberté qu'au bout de 18 mois d'efforts, de rapports et de certificats, parce que sa femme refusait de le reprendre, prétendait qu'il n'était pas guéri, mentait en disant qu'il la menaçait au parloir. Je n'y suis parvenu qu'en obtenant une expertise de 3 psychiatres qui conclurent comme moi. Malgré cela, sa femme s'obstina à lui interdire son toit et il dut aller vivre chez un cousin qui lui offrit l'hospitalité.

M. FRIBOURG-BLANC. — L'impression que la simple traversée d'un asile fait à bien des gens qui viennent y visiter leur malade est telle, qu'ils s'imaginent sincèrement que la folie est incurable. Et c'est sans aucune méchanceté qu'ils refusent de croire à la guérison de celui qui était atteint de cette terrible maladie.

M. P. COSSA. — En opposition avec ces braves gens qui souhaitent naïvement la prolongation de l'internement, il y a ceux qui allèguent une folie inexistante pour provoquer la séquestration d'un conjoint devenu gênant, tel ce mari qui voulait me faire interner sa femme pour de légers troubles cœnesthopathiques. Je savais par ailleurs que, depuis longtemps, il lui rendait la vie impossible pour la faire consentir au divorce afin de pouvoir épouser sa maîtresse. Je refusai l'internement. Quelques jours plus tard, la malheureuse femme se suicidait pour des raisons qui, assurément, n'étaient pas pathologiques.

M. René CHARPENTIER. — Il y aurait un travail très intéressant à faire sur les réactions des familles des psychopathes, en général, et particulièrement dans les cas qui donnent lieu à une hospitalisation prolongée ou à un traitement de longue durée en dehors du domicile habituel. Les cas de M. Courbon, de M. Marchand, s'apparentent à des cas très nombreux, de conséquences diverses, souvent fort importantes, parfois très graves. Une telle étude, dont il est inutile de souligner l'intérêt pratique, mériterait d'être mise à l'ordre du jour d'une de nos séances.

M. MIGNOT. — La terreur qu'inspire parfois à ses proches le retour dans la famille de l'aliéné guéri, peut placer le médecin traitant dans une situation véritablement dramatique.

Le mari d'une de mes malades, après avoir épuisé tous les moyens pour retarder sa sortie, finit par consentir, sur l'injonction du commissaire de police, à avoir une dernière entrevue avec moi. Quand il me vit décidé à mettre en liberté sa femme malgré son opposition, il me déclara, dans une scène de désespoir admirablement jouée, qu'il se brûlerait la cervelle au moment même où elle pénétrerait chez lui.

Malgré, je l'avoue, une certaine inquiétude, je ne crus pas devoir céder devant ce chantage au suicide.

Quand ma malade réintégra son domicile, son mari avait disparu, et malgré toutes les recherches faites depuis, on ne sait ce qu'il est devenu.

Je ne regrette pas ma décision puisque la guérison de la malade s'est maintenue depuis plusieurs années et je n'ai pas d'inquiétude sur le sort de son mari : avec lui ont disparu l'argent et les objets de valeur appartenant à la communauté.

M. COURBON. — J'ai souvent recours, et toujours avec entière satisfaction, au Patronage des religieuses de la rue du Théâtre

dont notre collègue Vignaud assure la direction médicale avec tant de compétence et de dévouement.

Habituellement, quand il s'agit d'une famille récalcitrante, j'agis de la sorte. Je fais accompagner la parente guérie directement dans sa famille par une infirmière intelligente qui a mission de plaider l'admission de la revenante au foyer, de l'y laisser si elle juge la cause gagnée, et de la conduire, au contraire, au Patronage si elle juge la cause perdue.

Dans le cas actuel, je n'ai pas agi ainsi parce que cette femme, qui a parfaitement conscience de son extrême émotivité, ainsi qu'en fait foi cette lettre qu'elle m'écrivait et où elle compare son inhibition au trac des acteurs, se refuse énergiquement à toute manœuvre susceptible d'irriter son mari contre elle. L'y contraindre eût été aller à un échec certain en provoquant un état analogue à celui dont nous avons été témoins et que le mari eût pu exploiter pour perpétuer l'internement, s'il eût eu l'hostilité sournoise de certains conjoints auxquels M. René Charpentier a fait allusion et qui ne sont pas exceptionnels.

Dans quelques jours, la promesse du mari arrive à échéance. S'il se dérobe, j'imiterai M. Marchand en demandant une expertise.

De quelques Psychoses toxi-infectieuses d'origine intestinale, par M. Paul COSSA (de Nice).

Les quelques observations que nous présentons aujourd'hui n'ont qu'un objet : celui de souligner combien est fructueuse, pour la pratique psychiatrique, la notion du mécanisme toxinique et de l'origine intestinale de certains syndromes mentaux. Cette notion s'est affirmée depuis deux ans dans vos discussions. Vous pourrez voir, à bon droit, dans la simple confirmation que je lui apporte, le témoignage du rayonnement, si heureux, de la Société médico-psychologique.

OBSERVATION I. — Mme C... est une jeune femme de 22 ans, qui, au cours d'une grossesse, a présenté une pyélonéphrite colibacillaire d'une telle intensité que son médecin a provoqué un accouchement prématuré. Après celui-ci, malheureusement la thérapeutique anti-colibacillaire n'a pas été continuée.

Le 21 février 1933, nous sommes appelés auprès d'elle pour un état d'excitation qui a débuté la veille : tableau de délire onirique très mobile et polymorphe, avec agitation, état saburral des voies digestives, rétention intestinale accentuée, grosse rate, température à 37°8.

L'examen des urines recueillies par sondage, montre la présence de pus et celui de très nombreux colicabilles. La malade entre en clinique le jour même et l'on commence un traitement au vaccin buccal : mais, dans la semaine qui suit, l'élément confusionnel s'accroît, avec désorientation presque complète dans l'espace et dans le temps. Le tableau infectieux demeure le même, malgré un drainage vigoureux des voies digestives, la température oscillant régulièrement entre 37°4 le matin et 37°9 le soir.

On emploie alors, en injections sous-cutanées quotidiennes, le lysat vaccin de Duchon. Au bout de sept jours de ce traitement, la température a diminué entre 37°2 et 37°5 ; la malade est calme, dort bien, passe sa journée dans un état de demi-rêverie qui ne s'accroît un petit peu que le soir. Cet état lui-même s'améliore après une seconde semaine de traitement. Au bout de 45 jours, au total, la malade sort de la clinique, complètement guérie de son état mental, avec un tube digestif nettoyé, une langue propre, mais continuant à présenter dans ses urines des coli-bacilles, à vrai dire en bien moindre quantité.

La malade a été suivie depuis. Quinze mois après, le traitement anticolibacillaire (vaccin et désinfectant alternés) est parvenu à réduire la flore urinaire à quelques rares coli-bacilles. Il n'y a plus jamais eu le moindre incident psychique.

Ce cas est banal, et les antécédents de pyélonéphrite auraient fait penser au colibacille avant même la publication des travaux récents. Il n'en est pas de même des deux cas suivants.

OBSERVATION II. — Mme Po... est une dame hollandaise de 60 ans, qui a toujours eu mauvais caractère, ce travers étant d'ailleurs familial. Elle a, en particulier, tenu, toute sa vie conjugale, son mari sous une domination qui s'est accentuée ces dernières années. Elle aurait présenté, il y a trente-cinq ans, une maladie mentale sur laquelle on ne possède aucun renseignement précis et qui aurait nécessité huit à dix mois de soins.

Mme Po... a subi depuis six mois, et du fait de l'état de santé de son mari, un réel surmenage physique et des motifs de soucis continuels. Brusquement, dans la première quinzaine de novembre, son caractère devient plus irritable encore que par le passé. Elle cherche querelle à son mari pour des vétilles ; ces querelles dégénèrent en scènes de violences. Par ailleurs, elle ne dort plus et abuse d'hypnotique : jusqu'à 300 gouttes de somnifène en une nuit.

Le 20 novembre, nous sommes appelés une première fois, à la suite d'une querelle plus violente ; mais la malade ne présente, à notre examen, aucun signe net d'aucune anomalie psychique.

Une nouvelle scène éclate le 28, à la suite de laquelle la malade entre dans un état d'excitation tellement intense qu'elle doit être transportée en maison de santé.

L'examen montre alors :

1° un état psychique caractérisé, sur un fond de petite anxiété, par de l'agitation : agitation motrice et logorrhée, passablement incohérente, où dominent les récriminations vis-à-vis de l'entourage et vis-à-vis du mari ;

2° un état toxi-infectieux : grosse rate, température oscillant entre 37°3 et 37°8, intestin encombré, haleine extrêmement fétide, état saburréal très accentué ;

3° de l'insomnie.

Et, dans le domaine neurologique, une incoordination légère des mouvements, absolument isolée de tout autre signe organique, mais qui gêne la malade aussi bien dans la marche que dans les mouvements des doigts : il lui est, en particulier, impossible d'écrire.

L'examen des urines, fait le 29 novembre, montre la présence de quelques coli-bacilles et d'un peu de pus.

Le traitement, commencé le même jour, consistera, outre le régime sévère, dans le drainage vigoureux du tube digestif et dans l'emploi de vaccins : alternativement, lysat vaccin injectable de Duchon et vaccin buccal de Ronchèse. De plus, seront employées, suivant les besoins, de l'androstine pour calmer les crises d'excitation génitale que la malade présentera par la suite, et de l'acécoline pour calmer les poussées paroxystiques d'angoisse avec agitation, qui se manifesteront également et qui s'accompagneront d'une légère augmentation de la pression artérielle. L'amélioration de l'état psychique se déclanche nettement au bout de trois semaines ; les progrès sont dès lors très lents, entrecoupés des petites poussées dont nous venons de parler.

Devant la persistance de colibacille dans les urines, on essaie alors du sérum anti-colibacillaire de Vincent. En raison de l'âge et des réactions de la malade, on emploie celui-ci uniquement par voie digestive (20 centimètres cubes par jour, pendant 20 jours). L'action est remarquable sur l'état général. La malade, qui avait considérablement maigri depuis quelques mois, reprend du poids et des forces ; elle peut récupérer une activité suffisante pour quitter la clinique, faire d'abord un séjour en haute montagne, puis un séjour à Paris. En effet, on a jugé préférable de ne pas la remettre en contact continu avec son mari, parce que, de toute cette bourrasque psychique, persiste encore une irritabilité extrême dont le thème oscille autour des reproches d'égoïsme qu'elle fait à son conjoint. Actuellement, on ne peut pas considérer que son état psychique soit nettement pathologique ; elle présente seulement les travers de caractère qu'elle a présentés toute sa vie. Les urines contiennent encore quelques très rares colibacilles. Il n'y a plus de pus depuis trois mois.

OBSERVATION III. — M. Pu... est un industriel de 36 ans, gros travailleur, qui a toujours présenté une certaine tendance à l'inquiétude et qui a fait autrefois, il y a 15 ans, un petit épisode délirant de quelques semaines, sur le détail duquel on est mal fixé.

En venant en vacances sur la Côte d'Azur, il est le témoin d'un grave accident d'automobile, survenu sous ses yeux, à une personne de sa famille. Lui, habituellement très sobre, boit un demi-litre de vin au repas qui suit. Il est inquiet pendant les 36 heures consécutives. Au bout de ce temps, il est pris, en plein sommeil, dans l'hôtel où il est descendu, d'une crise de délire onirique très violente, qui nécessite son transfert d'urgence en maison de santé.

Le lendemain, l'examen permet de constater :

1° Un léger état confusionnel : malade calme et rêvassant doucement ;

2° Un état saburral extrêmement accentué, avec fétidité considérable de l'haleine. Un lavement purgatif ramène une quantité énorme de matières d'odeur infecte.

La rate est percutable sur 5 travers de doigts. La température oscille entre 37°4 et 37°9. L'examen des urines montre la présence d'une très petite quantité de pus, avec de rares colibacilles et de très rares diplocoques du type entérocoque. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre que celui-ci est entièrement normal, sauf une légère augmentation du glucose (0,95) et une déviation du benjoin vers la droite : 00000.22221.0022.

Le lendemain, l'état du malade s'est beaucoup amélioré au point de vue psychique, et l'on commence un traitement au sérum de Vincent par voie sous-cutanée. La réaction locale est extrêmement vive ; la température monte et atteint 38°2. Pendant une semaine, l'état mental redevient très nettement confusionnel, avec épisodes d'excitation assez violents pour obliger à contenir le malade. Ces épisodes durent peu de temps. Ils sont précédés, dans leur apparition, par des phénomènes vaso-moteurs manifestes : pâleurs, mains moites et froides ; à plusieurs reprises, une petite ascension de la pression artérielle a pu être notée en même temps. On fait une injection d'acécoline toutes les fois qu'apparaissent ces signes vaso-moteurs. Dès lors, c'est à eux que se limitent les crises, la suite psychique n'apparaissant pas, ou se bornant à un peu d'angoisse sans agitation. Au 15^e jour, l'état confusionnel est franchement dissipé, il ne demeure plus qu'un léger état d'inquiétude qui s'exacerbe le soir, pendant 1/2 ou 1 heure.

Le traitement a été modifié après une semaine de sérum sous-cutané, en raison des incidents produits par celui-ci. On donne le sérum par la bouche pendant 15 jours (20 centimètres cubes par jour), tout en continuant le régime et un sévère drainage digestif. Un mois après le début des accidents, le tube digestif est entièrement nettoyé, la langue propre, les selles abondantes et non fétides ; il n'y a plus de colibacilles dans les urines et les crises vaso-motrices se sont progressivement raréfiées jusqu'à disparaître et jusqu'à rendre inutile l'emploi de l'acécoline. Au bout d'un mois et demi, il ne demeure qu'un léger état d'inquiétude. Le malade est envoyé à Divonne en excellent état physique, pour y faire sa convalescence. Celle-ci s'est poursuivie sans incident et la guérison est maintenant complète.

Dans ces deux dernières observations, nous trouvons réunies les diverses circonstances qui paraissent, par leur réunion, conditionner l'éclosion de ces psychoses : un état constitutionnel anormal souligné, dans les deux cas, par l'existence d'un épisode mental ancien ; un état d'imprégnation toxinique actuel ; peut-être aussi un facteur psychique immédiat : émotion due à l'accident dans un cas ; soucis de la maladie du conjoint, scènes conjugales dans l'autre.

Ce dernier facteur, purement psychique, paraît n'avoir qu'un rôle de déclenchement, dont le mécanisme est peut-être bien explicable par les travaux récents de M. Tinel (dissociation du complexe toxine antitoxine par le choc).

Mais le germe n'est pas toujours isolable : soit qu'il s'agisse parfois d'un autre agent intestinal que le colibacille (nous en verrons un cas plus loin), soit que ce dernier microbe n'ait pas besoin de franchir la barrière digestive pour sécréter la toxine neurotrope qu'a isolée le P^r Vincent et qu'a utilisée M. Baruk dans ses travaux. Voici une observation de cet ordre :

OBSERVATION IV. — Mlle K. est une jeune fille de 29 ans, qui a présenté, il y a 4 ans, un épisode mental ayant duré plusieurs mois et au cours duquel le diagnostic de schizophrénie a été posé. Cet épisode mental a guéri et cette jeune fille a pu travailler normalement pendant deux ans, en présentant seulement, aux dires de ses proches, une légère excitation psychique.

En octobre 1933, à la suite d'une déception sentimentale, elle paraît, pendant 15 ou 20 jours, bizarre à son entourage, agitée, sans suite dans son activité, riant sans motif, faisant à une ou deux reprises des démarches inconsidérées (rappel par télégramme d'un fiancé évincé). Brusquement, le 25 octobre, elle est prise d'un état d'anxiété confusionnel. Conduite chez un médecin, elle tente de s'y déféner. Immédiatement placée en maison de santé, elle n'y reste que quelques heures. On a le temps de constater un état toxi-infectieux manifeste (température 37-8, pouls rapide, faciès infecté, langue très sale, énorme rétention intestinale). Puis la malade est transportée par sa famille, appelée sur les lieux, dans un service hospitalier où elle passe trois mois. Le diagnostic porté par deux psychiatres avertis est celui de démence précoce.

Deux mois plus tard, l'agitation s'est atténuée, elle a fait place à un syndrome d'inertie, avec maniérisme, sourire stéréotypé, attitudes théâtrales, et, contrastant avec cet état, par crises relativement peu fréquentes : colères violentes obscénité, jet d'ordures. L'état intestinal est moins mauvais que celui qui avait été constaté lors du début ; la langue est cependant saburrale ; la rate très nettement percutable ; la température oscille entre 37-3 et 37-6. Plusieurs examens ne per-

mettent de révéler aucun germe dans les urines. Malgré cette absence de germe, on entreprend un traitement fait de drainage intestinal vigoureux et de vaccination sous-cutanée au vaccin injectable de Duchon. En 15 jours, la transformation est complète : la malade redevient présente, le maniérisme, les stéréotypies disparaissent ; la figure perd son aspect bouffi et infecté ; la splénomégalie cède à son tour et les selles perdent leur fétidité. La malade peut quitter l'hôpital au bout de trois semaines. Elle nous a écrit, trois mois plus tard, que sa santé se maintenait parfaite.

Voici donc quatre observations de psychoses toxiques d'origine intestinale : une à type franchement confusionnel ; deux où, à la confusion, s'associe un autre élément séméiologique (troubles du caractère dans un cas ; anxiété dans l'autre) qui paraît d'ailleurs n'être que l'exagération d'une tendance constitutionnelle. Un quatrième cas enfin, où, après la confusion du début, le tableau rappelle un syndrome de démence précoce. Chez les trois premiers malades, le colibacille était indubitablement en jeu. La preuve n'a pas pu en être administrée chez la 4^e où, cependant, la vaccination spécifique a eu des résultats surprenants.

Voici un dernier cas, qui ne nous est pas personnel. Nous le devons à l'amabilité d'un confrère de Nice : le Dr Destrès n'est pas psychiatre. Il pratique des transfusions de sang. Et c'est à l'occasion d'une immuno-transfusion qu'il a observé le cas suivant. Nous nous contentons de reproduire, telle que, dénuée de toute terminologie trop spéciale, la note qu'il nous a remise :

OBSERVATION V. — Mme L., 30 ans. M. S., son frère, 34 ans. Femme « mollassse ». Début de la maladie il y a 2 ans et demi à l'occasion d'une grossesse : Asthénie, température irrégulière, sueurs nocturnes (sans ϕ pulmonaire), anémie hématologiquement constatée et surtout changement et instabilité de caractère. Crises d'excitation au cours desquelles elle fait des scènes à son mari et le bat, bris d'objets ménagers. Malgré l'accouchement (mort de l'enfant lors de l'accouchement), cette situation dure, sans grand changement, jusqu'en janvier 34, sans que soit posé un diagnostic de certitude.

A ce moment-là on fait un examen systématique. L'hémoculture ne pousse pas. Mais la microhémoculture révèle la présence d'entérocoque (une dizaine de contrôles). Thérapeutique banale. Puis préparation à partir de ce germe d'un autovaccin (préparé par chauffage en milieu phénique), destiné à une immuno ou phylactotransfusion.

On choisit comme donneur le frère de la malade : capitaine aviateur de 34 ans, parfaitement calme. La transfusion devant avoir lieu le 5 mai 1934, à 11 h., on lui injecte à 5 h. du matin, dans le muscle,

une dose de vaccin contenant un milliard de germes. A partir de 8 h. le donneur présente un état psychique en tous points semblable à celui de la malade. Agitation telle que j'ai craint de ne pas pouvoir faire ma transfusion ; envie de battre quelqu'un ; besoin continu de mouvement, cet homme parcourait la chambre et le couloir de la clinique dans un état tout à fait anormal pour lui. A 11 h. transfusion de 200 cc. de sang pur (le résultat chez la malade sera tout à fait éphémère). L'agitation du donneur dure jusqu'à 17 heures.

Nouvelle immuno transfusion le 2 juin. On réduit de moitié la dose du vaccin injecté à 5 h. (500.000.000 de germes). La réaction du donneur a été la même, mais plus atténuée. Elle s'est aussi déclenchée à 8 h., mais pour se terminer à 15 h.

A cette relation remarquable, et qui fait honneur à l'esprit d'observation d'un médecin éloigné de toute préparation psychiatrique, je n'ajouterai que de brèves remarques :

— Un syndrome mental peut donc être réalisé par les toxines de l'entérocoque.

— Chez un sujet présentant, du fait de sa consanguinité, un terrain voisin, l'injection de vaccin chauffé (donc de toxine) reproduit le même syndrome mental. Cette constatation fortuite nous paraît réaliser presque une épreuve expérimentale : les deux éléments reconnus nécessaires à l'éclosion de la psychose, terrain et toxine, s'y trouvent en effet réunis.

— Toutefois, pour que cette épreuve ait une valeur indubitable, il faudrait que soit éliminée l'hypothèse d'une réaction purement émotive du donneur. Cette hypothèse est peu vraisemblable : la réaction n'a commencé que 3 heures après l'injection de vaccin (et 3 heures avant la transfusion). Elle ne s'est terminée que 6 heures après la transfusion. Elle s'est reproduite, atténuée, après injection d'une dose moindre. Cependant, pour éliminer plus sûrement la possibilité d'un tel mécanisme, je demanderai au Dr Destrès de pratiquer une épreuve blanche (injection de sérum physiologique au lieu de vaccin).

M. FRIBOURG-BLANC. — Des aviateurs, tout en restant très braves devant le danger réel, peuvent fort bien, par suite de la sommation des effets de leur tension nerveuse, devenir émotifs. Cette émotivité ne leur enlève pas leur maîtrise d'eux-mêmes quand ils naviguent. Mais elle se manifeste quand ils sont à terre. L'un des plus braves y est sujet, parfois, et quand il vient me consulter pour la combattre, il se sert de cette expression pittoresque : Donnez-moi une potion de courage.

Parkinsonisme fruste traumatique, par MM. H. PICHARD
et AMOUR F. LIBER (*Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle*).

Le parkinsonisme par traumatisme crânien, entrevu par Parkinson lui-même, fut admis par les auteurs d'avant-guerre à la suite des travaux de K. Mendel. Mais la rareté des cas observés au cours de la guerre a suscité de nouvelles discussions au sujet de ce syndrome, dont l'existence même est mise en doute par certains auteurs (1), alors que Crouzon et Justin-Besançon (2), Barré (3), Pommé et Liégeois (4) l'affirment avec certitude. Un troisième groupe d'auteurs rapportent des cas où il s'agit de l'encéphalite de Cruchet-Economo, réactivée (Kulkow (5), Bing et d'autres), ou simplement révélée par le trauma (Lhermitte et Parturier) (6).

On voit que la question reste en suspens. C'est pourquoi nous croyons utile de présenter le cas suivant :

OBSERVATION. — M. T., âgé de 50 ans, est entré à l'hôpital Henri-Rousselle, le 7 juin 1934, pour des troubles neuro-psychiques que le malade et son entourage font remonter à juin 1933. A ce moment, M. T., heurté par une automobile, fut projeté violemment de sa bicyclette, sa tête portant contre le pavé de pierre. Le souvenir de l'accident est vague. Le malade perd connaissance et reste dans le coma onze jours. Il n'y aurait pas eu de saignement du nez, de la bouche ou des oreilles, ni d'ecchymose ou de contusion visible. Le malade n'aurait pas fait de fièvre.

Au réveil, il est « idiot, abruti », voit « comme un brouillard », le langage est inexistant, il ne peut articuler que la syllabe « ti-ti ». Cette période crépusculaire dure à peu près deux mois. En août et septembre 1933, les fonctions perdues reviennent progressivement, le malade se lève et reprend en décembre 1933 son métier, la comptabilité. Mais la reprise de l'activité révèle une série de troubles qui vont s'aggraver lentement.

Les mouvements sont tous ralentis. L'écriture, auparavant claire,

(1) Récemment par GRIMBERG (L). — Paralysis agitans and trauma. *Journ. of Nerv. and Ment. Dis.*, t. 79, pp. 14-42. Janvier 1934.

(2) Le parkinsonisme traumatique. *Presse Med.*, 1929, pp. 1325-1327.

(3) *Revue Neurol.*, 1930, 1^{er} semestre, p. 761.

(4) Cités par MASQUIN (P.). — Traumatismes et maladie de Parkinson. *La Provence Med.-Chir.*, t. 7, pp. 99-106.

(5) On the problem of traumatic parkinsonism. *Journ. Nerv. and Ment. Dis.*, t. 75, pp. 361-373.

(6) Syndrome parkinsonien en apparence d'origine traumatique, en réalité post-encéphalitique. *Rev. Neur.* 1930, 1^{er} semestre, pp. 758-761.

ronde et rapide, est devenue peu lisible, anguleuse, *extrêmement petite et lente*.

Il y a quelques défauts intermittents d'évocation, portant autant sur les faits anciens que récents.

L'expression affective est troublée. Il pleure « pour un rien », par exemple, la vue d'un oiseau mort, alors qu'une véritable contrariété (le départ de son fils) ne lui occasionne pas de larmes. « C'est idiot », dit M. T...

Par contre, il *ne rit plus jamais*, est devenu taciturne, « lui qui était tellement gai ».

Enfin, il y a un changement profond dans le train de son activité entière. Il n'a plus d'initiative, reste souvent toute une journée « à regarder le mur ». Rien ne l'intéresse. Il lit « machinalement », ne sachant pas ce qu'il a lu s'il ne fait pas un *effort volontaire* d'attention.

En même temps apparaît une *diplopie* intermittente dans le regard de loin et de près.

Un peu plus tard débute l'*hypersomnie*. *Diurne*, elle se traduit par une somnolence et souvent du sommeil incoercible ; *nocturne*, par la profondeur et la prolongation du sommeil et l'*absence de rêves*.

Le prochain symptôme qui se rajoute au tableau est le *tremblement*, non pas du type parkinsonien, mais intermittent, à prédominance *intentionnelle*, pouvant atteindre les quatre membres, non influencé par l'émotion.

Vers le début de *mars* 1934 il est obligé de quitter son travail. Depuis, son état reste inchangé ou s'aggrave légèrement.

C'est dans cet état que M. T. est venu consulter au Centre de Prophylaxie mentale.

Ici, il est inactif, se déplace peu spontanément, ne cherche pas à s'occuper, parle peu. Le *faciès* est figé, presque amimique. Ses principales expressions sont : un petit sourire qui survient et se dissipe très lentement ; ou un accès de pleurer doux avec des sanglots discrets et quelques larmes.

L'*énonciation* est également monotone et peu expressive. Il y a une légère dysarthrie spontanée, mais pas de troubles du langage, de la compréhension ou de l'eupraxie.

La *lenteur de tous les mouvements* ainsi que de l'idéation est évidente et très marquée. Le temps de réaction est de 23,47 centièmes de seconde.

Les *mouvements associés* à la marche sont très diminués.

Il n'y a pas d'hypertonie bien nette, les réflexes de posture ne sont pas exagérés. Pas de roue dentée.

Il n'y a pas de troubles pyramidaux.

La face présente une asymétrie discrète au repos, la bouche étant déviée vers la droite — asymétrie qui s'atténue et disparaît au mouvement. Il semble donc s'agir d'une différence de tonus statique entre les deux côtés.

Les mouvements isolés des globes oculaires sont normaux. Il existe un défaut de convergence, à propos duquel il faut faire une légère réserve, ainsi que pour la diplopie, car le malade est plus fortement myope du côté gauche que du côté droit. Les autres mouvements associés sont conservés, mais il y a quelques secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes. Les pupilles sont inégales, la gauche plus large que la droite, mais toutes les réactions sont normales. Le fond d'œil est normal, en dehors d'un staphylome myopique. (D^r Lagarde).

Les autres nerfs craniens ne présentent aucun trouble (en dehors d'une *hypoaousie* dont nous reparlerons).

La *sensibilité générale* superficielle et profonde est intacte.

L'*écriture* se montre extrêmement petite. Le malade peut, sur commande, écrire plus grand, plus rond, « comme avant sa maladie », mais avec un effort volontaire manifeste et pénible. Après quelques mots, la volonté devient inopérante et la micrographie reprend le dessus. Un nouvel ordre, ou un repos, permettent une nouvelle victoire de la volonté et ainsi de suite. Lorsqu'on pousse le malade, par des ordres répétés, en l'encourageant, à un effort maximal et continu, la grandeur de l'écriture décroît progressivement et rapidement.

Le malade est bien orienté, ne présente aucune idée délirante. Il critique bien. Son *état mental* est fait d'un mélange bizarre de tristesse, de dépression bien compréhensibles, d'un désir intense de guérir, et d'une objectivité impersonnelle envers ses troubles, qu'il s'agisse de pleurs, de l'inactivité, de la diplopie ou des céphalées.

La sinistrose n'entre certainement pas en jeu, car il n'y a jamais eu question d'une allocation quelconque, l'identité de la voiture qui l'a tamponné étant complètement inconnue. De même, nous n'avons trouvé aucun autre mobile d'invalidité sociale ou personnelle.

L'examen des viscères ne révèle rien de pathologique en dehors d'une *tension artérielle élevée*, de 21-13 au Vaquez. Mais toutes les artères palpables sont d'une *parfaite souplesse* et l'auscultation du cœur ne montre aucun signe de sclérose. Une seule injection d'acétylcholine suffit à ramener la tension à 16-10. L'*urée sanguine* est de 0 gr. 21 par litre. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Leur quantité quotidienne est de 2 litres. L'hypertension semble donc être *solitaire* et surtout *spasmodique*.

Par ailleurs, il n'y a aucune trace de syphilis, clinique ou humorale (réactions de Wassermann, Meinicke, Kahn négatives).

Le liquide céphalo-rachidien est un peu *hypertendu* : 55 cm. d'eau en position assise, 29, couchée. Mais l'analyse chimique et histologique ne montre rien d'anormal : albumine : 0 gr. 45 ; réactions des globulines (Pandy, Weichbrodt) : négatives ; leucocytes : 0,4 ; Wassermann et Meinicke négatives (Mlle Salamon).

Le crâne ne montre aucune cicatrice, aucun déplacement osseux. La radiographie, faite par le D^r Misset, révèle seulement un épaissis-

sement diffus de la voûte, du type décrit par l'un de nous avec Misset (1), sans solution de continuité ou d'ombre anormale, et, en particulier, rien au niveau de la base.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent rien à signaler. Dans les *antécédents personnels*, on note une fièvre typhoïde à 12 ans, sans séquelles; à la guerre, deux ensevelissements (1916 et 1917), chaque fois avec perte de connaissance fugace; en 1918, une intoxication par l'ypérite et une blessure à l'omoplate gauche par un éclat d'obus. Le malade s'en est tiré sans séquelle, en dehors d'une hypoacousie. Il n'y a pas d'histoire d'alcoolisme.

En résumé, à la suite d'un violent traumatisme crânien, se constitue progressivement un syndrome d'*hypokinésie* avec troubles de l'*expression affective* et du *rythme de l'activité générale*, et de l'*hypersomnie*.

Plusieurs questions se posent :

D'abord, quel est le rôle du *traumatisme* dans la genèse des symptômes ? Les quatre critères de Crouzon et Justin-Besançon sont applicables à notre cas : le traumatisme suffisamment violent ; la commotion cérébrale, indubitale puisqu'il y a eu un coma prolongé ; l'intervalle, ni trop court ni trop long, entre traumatisme et début de symptômes ; la succession ininterrompue des symptômes entre le traumatisme et la maladie constituée.

Le rôle du traumatisme est donc établi. A-t-il agi directement, en lésant l'encéphale, ou seulement en activant un processus de névraxite préexistante ? Chez notre malade, l'interrogatoire le plus serré ne révèle aucun moment encéphalitique ni même une grippe intense.

La séméiologie à elle seule permet-elle de faire cette discrimination ? Pour certains auteurs tels que Kulkow, Grimberg, la constatation de symptômes tels que : diplopie, somnolence, suffirait pour prouver l'existence de la maladie de Cruchet-Economo et à reléguer le traumatisme au plan de cause occasionnelle.

Une telle conclusion ne nous paraît nullement justifiée. En effet, les symptômes en question n'ont rien de pathognomonique et peuvent résulter d'une lésion de n'importe quelle *nature* à condition d'atteindre certaines *régions* de l'encéphale : paroi du 3^e ventricule, etc. La névraxite épidémique atteint en général à la fois ces régions et d'autres (pallidum, substance noire, etc.) voisines, dont le désordre entraîne la dystonie, le tremblement, l'hypokinésie, etc. Suivant le hasard d'un traumatisme, une ou

(1) MISSET et LIBER. — L'épaississement diffus post-traumatique de la voûte crânienne. *Ann. Méd.-Psych.* 1934, N° 2, pp. 246-248.

plusieurs de ces régions peuvent être atteintes. Certes, le syndrome au complet doit être bien rarement produit par un tel hasard. D'autre part, la situation anatomique des noyaux gris cérébraux semble les protéger contre les traumatismes, quoiqu'il y ait encore beaucoup d'obscurité à ce sujet. La rareté du syndrome parkinsonien traumatique n'a donc rien d'étonnant, ce qui ne doit pas empêcher de lui reconnaître une étiologie traumatique, le cas échéant.

D'ailleurs, en général, le syndrome est incomplet et atypique. Ainsi, dans notre cas, l'hypertonie fait presque entièrement défaut et le tremblement n'est pas du type parkinsonien mais ressemble davantage à celui qui est en rapport avec le cervelet ou ses voies. Comme il est de règle dans ces cas, la scopolamine, sous ses différentes formes, reste sans action. L'hypertension artérielle solitaire peut résulter d'une lésion de l'hypophyse ou peut-être de l'hypothalamus antérieur. Les syndromes végétatifs par traumatisme d'encéphalique, quoique rares, sont bien connus. Nous avons publié un cas avec polydipsie (1).

Enfin, la perturbation particulière de l'activité psychique, la limitation dans le temps de fonctions telles que l'effort volontaire de surmonter un automatisme (l'autoconduction de Toulouse et Mignard) nous semble être un cas de trouble de la *régulation* des fonctions psychiques par une lésion basilaire, d'après la conception si fertile de J. Camus, développée par Reichardt, Schilder (2), Lhermitte (3).

La lutte entre la micrographie et l'écriture normale est particulièrement démonstrative.

M. Georges DUMAS. — Je crois que la tendance à écrire de plus en plus fin, alors qu'on prolonge la séance d'écriture, est normale. Je la constate sur moi-même.

M. René CHARPENTIER. — L'expérience ainsi faite n'est peut-être pas très concluante. Mieux vaudrait, semble-t-il, ne pas demander au malade d'écrire plus gros qu'il ne le fait habituellement, la tendance à la diminution étant rendue ainsi presque fatale. D'autre part, mieux vaudrait peut-être aussi ne pas faire écrire le malade sous la dictée, mais comparer, dans ses lettres, l'écriture spontanée de naguère à celle d'aujourd'hui.

(1) H. PICHARD et A. LIBER. — Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien. *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1933.

(2) *Brain and personality*. Nerv. and Ment. Dis. Monogr. Series, N° 53, 1932.

(3) Régulation des fonctions corticales. Le mésocéphale organe régulateur. *Enc.*, t. 27, pp. 757-785, 1932.

M. PORC'HER. — Moi qui suis myope et qui commence toujours par faire un effort quand je prends la plume, j'ai la même écriture de dimension décroissante. Il ne faut pas tenir compte de son écriture de comptable, c'est-à-dire de son grand livre, car là il s'agit d'une écriture artificielle. Il faut comparer ses lettres de correspondance privée actuelles avec celles d'autrefois.

M. Georges DUMAS. — On pourrait soumettre le sujet à l'expérience qui consiste à lui bander les yeux et à lui faire tracer pendant 10 minutes des barres de droite à gauche (sens de la flexion) et de gauche à droite (sens de l'extension). Théoriquement, chez les déprimés, les premières sont plus longues que les secondes et c'est l'inverse chez les excités. En réalité, les unes et les autres sont diminuées de longueur chez les déprimés.

M. GUIRAUD. — Y a-t-il parallélisme entre l'excès de rapidité de l'écriture et l'excès de l'exiguité des lettres ?

M. LIBER. — Je crois que le phénomène signalé n'existait pas auparavant chez ce malade. Nous pratiquerons sur lui les recherches que l'on vient de nous indiquer.

La séance est levée à 11 h. 30.

Le Secrétaire des Séances,

P. COURBON.

Séance du Lundi 25 Juin 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

En ouvrant la séance, M. Roger MIGNOT, *président*, salue la présence de M. le D^r José GERMAIN, de Madrid, et de M. le D^r REPOND, de Malévoz-Monthey, *membre associé étranger*.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 17 mai 1934 et le procès-verbal de la séance du lundi 28 mai 1934 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur SMITH ELY JELLIFFE, de New-York, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r L. R. SANGUINETI, de Milan, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r Paul VERSTRAETEN, de Gand, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de Mrs C. B. S. HODSON, Secrétaire de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique, demandant à la Société de se faire représenter à l'Assemblée biennale qui se tiendra à Zurich du 18 au 21 juillet 1934 ;

une lettre de M. le D^r A. DONNADIEU, de Vauclaire (Dordogne), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r Pierre LÔO, de la Charité-sur-Loire (Nièvre), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r Pierre MASQUIN, de Saint-Didier (Vaucluse), qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Aubanel* ;

une lettre de M. le D^r André-P.-L. BELEY, de Paris, qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Moreau de Tours* ;

une lettre de M. le D^r J.-O. TRELLES, de Paris, qui remercie la Société de lui avoir décerné le *prix Trénel* ;

une lettre de M. le D^r Pierre MARESCAL, de Paris, qui remercie la Société de lui avoir attribué le *Legs Christian* ;

une lettre de M. le D^r Jacques LEY, Agrégé de l'Université, Médecin en chef du Centre psychiatrique de Bruxelles, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : la Société désigne une Commission composée de MM. CAPGRAS, René CHARPENTIER et COURBON pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 octobre 1934 ;

La « Constitution Dupré »

et la lettre suivante de M. le PRÉSIDENT et de M. le SECRÉTAIRE de la *Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires* :

Buenos-Aires, le 11 mai 1934.

A M. le Président de la Société Médico-psychologique de Paris

M. LE PRÉSIDENT,

J'ai le plaisir de m'adresser à vous, en ma qualité de Président de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires, et de porter à votre connaissance et, par votre intermédiaire, à la connaissance de tous les membres de votre importante Institution que, dans la réunion d'ouverture des séances de l'année courante, célébrée par la Société de Neurologie et de Psychiatrie le 27 avril dernier, le Professeur Docteur Gonzalo Bosch, membre étranger de cette Institution, a lu un ouvrage sur « La Constitution Emotive », thème décrit par Dupré en l'année 1909 et, pour ce motif, a sollicité de l'Assemblée que cette Constitution émotive se nommât désormais « *Constitution Dupré* » en hommage à l'illustre savant disparu.

La proposition fut acceptée à l'unanimité, par acclamations, avec la décision prise à la même date, que les autorités de la Société communiqueraient officiellement cette résolution de l'Assemblée à la Société similaire dont le siège est à Paris. Ce que je suis heureux de faire, par cette lettre, comme un honneur à la mémoire de ce savant.

Pour cette cause, je profite de l'occasion qui m'est offerte pour vous saluer, Monsieur le Président, et par votre précieux intermédiaire, tous les collègues affiliés à cette importante institution, avec ma considération distinguée.

Branlio A. MOYANO,
Secrétaire.

Luis-Esteves BALADO,
Président.

M. Roger MIGNOT, *président*, exprime, au nom de tous, la reconnaissance de la Société Médico-psychologique pour cet hommage rendu à la mémoire et aux travaux de son ancien président Ernest DUPRÉ.

La Société charge son *Secrétaire général* d'exprimer ses sentiments de reconnaissance aux membres de la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Aires.

Election de 3 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. DESRUELLES, MARCHAND et G. COLLET, sur les titres de M. le D^r Marcel CARON, de Paris, de M. le D^r Pierre LÉCULIER, de Saint-Ylie (Jura), et de M. le D^r Pierre MARESCHAL, de Paris, il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. le D ^r Marcel CARON	22 voix
M. le D ^r Pierre LÉCULIER	22 —
M. le D ^r Pierre MARESCHAL	22 —

M. le D^r Marcel CARON, de Paris, M. le D^r Pierre LÉCULIER, de Saint-Ylie (Jura) et M. le D^r Pierre MARESCHAL, de Paris, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique (*Présentation de microphotographies*), par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Résumé. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique peut prendre la forme hémorragique. Les foyers hémorragiques qui sont le plus souvent multiples intéressent les régions corticales et sous-corticales; ils sont secondaires à la thrombose des veines méningées et sont constitués par l'agglomération d'hémorragies punctiformes péri-veineuses et péricapillaires entraînant secondairement le ramollissement aigu du tissu nerveux.

Cette complication du délire aigu se traduit cliniquement soit par un coma rapide sans ictus, soit par des signes de localisation ou d'excitation corticale (hémiplégie, monoplégie, crises convulsives) et la mort survient rapidement. Le principal symptôme biologique consiste, outre l'azotémie, en la constatation d'un liquide céphalo-rachidien xanthochromique.

Cette forme hémorragique du délire aigu est à rapprocher des encéphalites hémorragiques que l'on a décrites comme complication des maladies infectieuses chez l'enfant et l'adulte.

Cette Communication paraîtra *in extenso* comme Mémoire Original dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

Les à côtés du niveau mental,
par MM. CROZET, DESCHAMPS et Th. SIMON.

Lorsqu'on fait un examen de niveau mental, c'est-à-dire lorsqu'on soumet un individu quelconque à des épreuves hiérarchisées, on constate des réussites et des échecs. Déterminer à quel endroit se fait le passage des réussites aux échecs, c'est là le niveau proprement dit. Mais, il y a en outre des manières différentes de réussir et des manières différentes d'échouer, et toute une atmosphère dans laquelle se poursuit l'examen : ce sont ces modalités et cette atmosphère que nous nous proposons de décrire aujourd'hui sous le titre que nous avons donné à notre communication... Ensuite nous envisagerons la portée que nous attribuons à cet essai.

Il y a longtemps, d'ailleurs, que l'un de nous se proposait de faire ici cette communication. Elle devrait notamment porter le nom du Dr Larivière, de Montréal, avec qui elle avait déjà été amorcée. Et, en fait, il y a bien plus d'années encore que ce travail est commencé. Mais il n'a trouvé que tout récemment une forme qui nous satisfasse.

I

Notre examen des aliénés est, à notre sens, trop figé dans une routine que la clinique a, depuis longtemps, fixée et qui a probablement donné tout ce qu'elle était susceptible de rendre. Ce que j'en dis n'est pas d'ailleurs pour en diminuer la valeur. Les méthodes courantes d'interrogation doivent rester la base de notre connaissance de l'aliéné. Mais cela ne veut point dire qu'il ne soit point souhaitable de les voir complétées.

Notamment il y a un point qui m'a toujours laissé perplexe. Dans bien des cas nous n'avons, si je puis dire, de l'aliéné qu'une connaissance historique. Il nous raconte ses troubles ou son délire, il ne les vit pas devant nous. Et, cependant, le malade qui est en notre présence n'est sans doute pas moins aliéné actuelle-

ment que lorsqu'il vivait ce dont il nous fait le récit. J'ai peine à croire que sa seule folie consiste dans la persistance de sa conviction à ce qu'il raconte, et qu'il ne continue pas à fabriquer du délire et à penser de façon anormale. C'est donc cet état présent qu'il faudrait faire ressortir. C'est le vice actuel de sa pensée qu'on peut souhaiter mettre en lumière.

Sur la technique même nous serons assez brefs. Puisque nous ne nous préoccupions plus d'obtenir un niveau mental, nous pouvions en prendre à notre aise avec les épreuves qui constituent l'échelle dont nous nous servons couramment, et nous n'avons donc conservé que les textes dont une expérience assez prolongée nous avait révélé qu'ils étaient particulièrement susceptibles de provoquer des réactions originales. De plus, nous adressant à des adultes, nous avons modifié la présentation de l'une d'elles, relative à la monnaie, pour la rapprocher des conditions où le problème qu'elle soulève se présente couramment à l'âge de nos malades. Enfin nous avons simplifié au maximum afin que l'examen, tout en restant suffisamment complet et varié, ne demandât qu'un temps fort court.

Il comprend ainsi :

- 1° *une épreuve de répétition de chiffres ;*
- 2° *la présentation de trois gravures ;*
- 3° *une épreuve de répétition de phrases ;*
- 4° *le comptage d'une somme de monnaie ;*
- 5° *trois définitions ;*
- 6° *six questions dites d'intelligence de deux degrés différents ;*
- 7° *trois phases absurdes ;*
- 8° *une épreuve de calcul mental ;*
- 9° *une dictée ;*
- 10° *l'offre d'un bonbon.*

Je passe des détails secondaires de technique et je n'insiste que sur un point vraiment spécial à l'examen d'aliénés. Il arrive qu'on se sente quelque peu débordé par le bavardage de celui qu'on interroge. Dans ce cas nous avons l'habitude de noter tout ce qui nous apprend quelque chose, autant que nous le pouvons. Mais, de toutes façons, nous ne suivons pas. Nous ne nous laissons pas manœuvrer. On ne doit, avant tout, pas perdre de vue le but qu'on poursuit : s'assurer comment le malade réagit à certains problèmes déterminés... Il y a là une question de mesure difficile à indiquer, et que, seul, évidemment, un exercice suffisant peut donner.

II

Supposez que vous ayez à faire maintenant à quelqu'un de tout à fait normal, nous voulons dire à un adulte pour qui la question de l'existence ou non de troubles mentaux chez lui ne se présente absolument pas. Comment se comportera-t-il à l'égard de ces questions ? Il peut-être débile ou supérieurement intelligent et, par suite, il apportera des solutions frustes ou plus ou moins nuancées aux problèmes devant lesquels nous le plaçons. Mais, hors cela, son attitude et ses réponses ne varieront que dans des limites assez étroites.

Il se tiendra en général assez bien à notre disposition. Il essaiera de nous satisfaire. En d'autres termes, assis près de nous, il nous regarde quand nous l'interrogeons, il écoute notre question, il en pèse les termes pour s'y adapter, puis il attend, — peut-être en pensant à autre chose, mais dans tous les cas, sans nous le dire pendant que nous écrivons ses réponses. Le tableau est très court à broser, comme tout tableau normal, parce qu'à peu près uniforme. Tout au plus quelques nuances : un peu d'émotivité, des rires, des tremblements, de la pauvreté ou de la richesse, de la concision ou du bavardage, des remarques, des pointes, voire des questions, viennent-elles, sur ce fonds monotone, apporter des notes personnelles. Mais c'est toujours assez peu de chose.

Eh bien, si quelquefois la scène avec un aliéné est tout à fait semblable, vraiment indistincte de celle qui précède, il s'en faut que ce soit la règle ; et les réactions peuvent différer peu ou beaucoup.

Nous avons relevé, de façon à en rendre l'appréciation aussi objective que possible, les diverses réactions que nous avons rencontrées. Peut-être en publierons-nous le détail ailleurs. Voyons ici plutôt comment se présentent les malades soumis à un examen de ce genre.

III

Le nombre des situations devant lesquelles on se trouve n'est pas très grand.

Parmi les états simples, il semble, en effet, qu'elles puissent toujours se ramener à trois variétés : 1° l'examen révèle des signes de faiblesse ou de déficit ; 2° il met en évidence — et ce sont les cas les plus nombreux — une gêne résultant de la présence de phénomènes psychiques anormaux ; ou 3° l'examen se déroule tout entier sans laisser rien entrevoir de particulier.

1. Nous disons phénomènes de déficit lorsqu'en dépit d'une bonne volonté totale du sujet, d'une attitude entièrement normale de sa part, d'efforts répétés, le résultat cependant n'est pas satisfaisant. On n'a guère d'hésitation avec la plupart des arriérés. On n'en a pas non plus avec certains déments, et, si l'on peut discuter par exemple la signification d'une aphasie, il n'en demeure pas moins que c'est à des troubles déficitaires qu'on se heurte dans de tels cas.

2. Relativement aux phénomènes surajoutés qu'on peut rencontrer dans un examen tel que nous le pratiquons, et dont le rôle sur ses résultats est alors à interpréter, il en existe plusieurs variétés, cataloguées d'ailleurs, au moins en grande partie, par la symptomatologie des traités, mais qu'un examen en série contribue à préciser.

On se heurte parfois — bien rarement à vrai dire — à une simple torpeur...

Beaucoup plus souvent, l'esprit est occupé par des états émotifs ou des idées particulières : gaieté excessive, souvenirs divers ou seulement associations verbales, idées mélancoliques de toutes sortes ou même troubles sensoriels. Il faut inhiber ces phénomènes pour obtenir quelque chose. On y réussit d'autant mieux que l'épreuve est plus facile, et aussi moins excitatrice d'idées. Il est de règle, pour les personnes non habituées à ces examens, d'interpréter comme de la fatigue les échecs des dernières pages. Cette interprétation est le plus souvent inexacte. Qu'on reprenne en effet à ce moment les épreuves du début, elles réussissent comme au début. En fait, c'est parce que les dernières épreuves exigent plus de concentration qu'elles échouent et que les troubles n'apparaissent que dans ces zones de passage.

Quoi qu'il en soit, et relativement à ces phénomènes surajoutés, on remarquera là encore deux situations principales. Ou bien ils éclosent à côté et comme en marge des réponses adaptées ; ces réponses sont données, puis ils se manifestent. Ou bien, ils pénètrent les réponses elles-mêmes, ils les altèrent, ils les transforment en s'y englobant. Dans un cas, donc, ils les entravent ou s'y substituent ; dans l'autre, l'intrication est tellement serrée qu'on recueille une idéation tout à fait originale. L'interprétation en sainte Thérèse de Jésus de notre gravure de deux malheureux est de cet ordre, et, plus encore, les définitions alambiquées ou le pathos philosophique des démences paranoïdes. Or l'entrave nous donne l'impression d'une moindre gravité que l'envahissement, d'autant que nous en voyons davantage le

mécanisme et qu'il nous paraît vraiment à côté de l'idéation, la dominer non la corrompre.

3. Restent les situations où tout l'examen se poursuit sans révéler rien d'anormal. Lorsqu'on a terminé on peut se demander vraiment si c'est un aliéné qu'on a interrogé tant les réponses étaient justes et l'attitude correcte. Rien n'apparaît que du normal. Aucun trait, aucun détail qui révèle l'aliénation. L'ancienne conception des monomanies revient à l'esprit tout naturellement. Mais nous n'écrivons pas cet article pour ressusciter cette théorie. Enumérons plutôt les cas dans lesquels nous avons rencontré cette situation.

Ce sont d'abord, en effet, des persécutés chez qui le contraste entre l'intensité du délire et l'excellence de l'examen est bien la chose la plus impressionnante qui soit.

Ce sont aussi des alcooliques dont le délire s'est dissipé, pour la journée tout au moins...

Et, chose plus instructive, cela peut être tous les autres genres de malades, paranoïdes, maniaques, mélancoliques, voire paralytiques généraux, lorsque l'atteinte est encore légère ou fruste.

En effet, qu'apprécie-t-on par un examen de ce genre ? L'aptitude du malade à s'adapter à certaines conditions.

A cet égard un fait général, et tout à fait frappant, est la docilité avec laquelle les malades se prêtent à l'examen et la surprise où l'on est de les trouver si normaux. Et puis, partant de situations où l'on n'obtient par déficit aucune réponse satisfaisante, ou de situations où l'attitude du malade forme un obstacle absolu, — de ces échecs, disons-nous, à des examens entièrement corrects, tous les intermédiaires. Et ces intermédiaires sont naturellement les plus nombreux.

Seulement, y réfléchissons-nous encore, les conditions auxquelles le malade s'adapte ainsi sont bien un peu artificielles. L'adaptation demandée n'est, chaque fois, que de courte durée ; elle n'est réalisée que sous l'action d'une influence personnelle, à l'appel direct d'un interlocuteur, c'est-à-dire sous l'une des influences les plus puissantes qui soient. Enfin, c'est une adaptation... qui souvent n'est que du bout des lèvres, si l'on peut dire, et non cette adaptation totale qu'exige l'action et surtout une action un peu prolongée et suivie. Le trait qui est mis en lumière et presque mesuré est donc précisément celui-ci, à savoir que *l'adaptation n'est plus chez l'aliéné, comme chez l'individu normal, un jeu spontané et constant.*

Nous n'ajouterons plus que quelques mots. L'examen psychologique que nous proposons présente, avec l'examen clinique

habituel, cette différence d'être moins personnel aux malades, car l'examen clinique courant interroge ceux-ci sur des choses qui ont pour eux un intérêt direct, tandis que celui-ci les oblige à sortir du cercle de leurs préoccupations. Il offre, en outre, cet avantage pour nous de les placer tous successivement devant les mêmes situations. Exécuté en série, comme une ponction lombaire, il offre donc un pouvoir tout particulier de comparaison.

L'examen ainsi conduit permet enfin une analyse précise, donne des conclusions étayées de preuves.

Avons-nous besoin de dire, après tous les détails que nous avons cités, qu'il y a là, pour les élèves, une excellente occasion de se perfectionner dans l'observation des malades, ou plutôt de l'apprendre. Car tout cela est moins complexe, moins variable que les présentations cliniques individuelles.

Faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés ? (*A propos d'un vœu soumis à l'Académie de Médecine*), par M. G. DEMAY.

Le 15 mai dernier, M. le Pr Marchoux a présenté, à l'Académie de Médecine, une communication de MM. René Martin, Chassigneux et Rouësse, intitulée : *Un cas de paludisme autochtone, au voisinage de Maison-Blanche*. Ce cas concerne une femme de Gagny, âgée de 24 ans, qui, en septembre 1933 et en avril 1934, fit des accès palustres du type tierce bénigne confirmés par le laboratoire. La malade n'avait jamais quitté la France et ne s'était pas absentée depuis plusieurs années du bassin parisien ; à Gagny, elle n'avait pas « entendu dire que personne eût éprouvé des accès comparables aux siens ». En août-septembre 1933, elle s'était promenée fréquemment le soir autour de l'asile de Maison-Blanche et elle se rappelait avoir été plusieurs fois piquée par les moustiques.

« D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, écrivent M. Martin et ses collaborateurs, dans l'asile de Maison-Blanche, sont soignés des paralytiques généraux qui, bien souvent, ont été impaludés. On peut ainsi se demander si cette malade n'a pas été piquée par un anophèle qui auparavant se serait contaminé auprès d'un paralytique général impaludé... » Les auteurs reconnaissent d'ailleurs que les cas de contamination accidentelle sont tout à fait exceptionnels. Ils n'ont pu en retrouver que trois, dans la littérature, et, pour eux, la formule de Wagner-Jauregg « Le paludisme inoculé ne crée pas l'endémie »

reste vraie dans la majorité des cas. Ceci ne les empêche pas de conclure en ces termes :

« Il n'en reste pas moins sûr que, dans les régions où il existe des anophèles, on ne saurait trop insister sur le danger de ces contaminations toujours possibles. Expérimentalement, on a démontré, comme nous l'avons signalé, que le paludisme inoculé peut se transmettre par l'anophèle et notre observation semble venir confirmer ce que l'expérience permettait de prévoir.

« A notre sens, il y a danger à placer dans les hospices ruraux durant les mois d'été des malades impaludés, car il peut se produire des contaminations qui engagent la responsabilité civile de l'établissement vis-à-vis du malade contaminé.

« La malariathérapie donnant dans la paralysie générale de fort beaux résultats, il ne saurait être question d'invoquer ces cas de contamination contre le développement de la méthode de Wagner-Jauregg, mais il y aurait intérêt à garder les malades impaludés dans des établissements loin des anophèles qui sont des insectes essentiellement ruraux. »

Après cette communication, M. Marchoux a rappelé le vœu de l'Académie de Médecine sur l'organisation de centres de malariathérapie et il s'est exprimé ainsi :

« Le cas de contamination extérieure, qui, s'il a été le seul reconnu, n'est vraisemblablement pas isolé, fait apparaître avec plus de force l'intérêt d'une organisation que nous attendons malheureusement toujours pour éviter de répandre en France une maladie qui y est en voie de disparition totale.

« Aujourd'hui, l'impaludation est pratiquée un peu partout, et par des médecins, certes très éclairés en psychiatrie, mais qui ne possèdent pas une connaissance suffisante de l'hématozoaire de Laveran ; qui opérant à l'aveuglette, ignorent que le parasite peut exister dans le sang d'un malade sans provoquer de fièvre ; qui se basent sur des indications plus théoriques que pratiques pour arrêter les accès et qui parfois laissent leurs sujets pendant une année et plus porteurs de parasites. Pendant longtemps on a dit que de tels porteurs de germes ne peuvent faire courir aucun risque à leur entourage, que ce paludisme d'inoculation évoluait sans production de gamètes. Or, il suffit d'être quelque peu renseigné pour constater la présence de gamètes, même dans les cas où l'on a nié leur existence. La contamination expérimentale des moustiques nourris sur des paralytiques généraux infectés a vérifié expérimentalement l'observation.

« La contamination accidentelle qui s'est vue autour de Maison-Blanche peut se reproduire partout où l'on soigne des paralytiques généraux dans les asiles ruraux, car il est ressorti de l'enquête menée

pendant la guerre par Raphaël Blanchard qu'il n'y a pas en France un seul endroit qui soit indemne d'anophèles.

« J'ai donc l'honneur de proposer à l'Académie de renouveler le vœu qu'elle a déjà formulé et cela dans les termes suivants :

« Après constatation d'un cas manifeste de contamination accidentelle autour des asiles ruraux, l'Académie émet le vœu que, sans retirer au psychiatre la responsabilité de son malade :

« 1° L'impaludation ne puisse être faite que dans des établissements urbains et par des spécialistes en malariologie auxquels soient confiés l'impaludation, la surveillance et le traitement des accès;

« 2° Que de même les infections par spirochètes sanguicoles, virus typhiques ou autres, soient exécutées et suivies par des spécialistes exercés. »

Les conclusions de M. Marchoux ont été renvoyées à la Commission des centres de malariathérapie, Commission composée de MM. Pierre Marie, Souques, Dopter, Brumpt, Marchoux et Claude.

*
**

Je ne m'attarderai pas à discuter les appréciations de M. Marchoux sur les psychiatres et leur ignorance en malariologie. Je tiens, par contre, à relever une erreur dans la communication qu'il a présentée à l'Académie de Médecine. Les auteurs nous disent qu'à l'Asile de Maison-Blanche, sont soignés des paralytiques généraux qui *bien souvent* ont été inoculés. Or, en 1933, la malariathérapie a été appliquée, en tout et pour tout, à trois malades de l'asile. L'une d'elles a été inoculée en avril, les deux autres le 4 juillet. Les accès fébriles de ces deux malades ont été terminés les 20 et 28 juillet; ils furent coupés très facilement par la quinine administrée *per os* à la dose de 1 gr. par jour pendant huit jours. Les malades furent traitées ensuite par l'acétylarsan.

Si l'on se rappelle que la malade de Gagny a fait son premier accès paludéen en septembre (la date n'est pas autrement précisée), on conviendra que la relation de cause à effet entre ce cas et ceux de Maison-Blanche est bien problématique. Le doute est d'autant plus permis que les auteurs de la communication ne paraissent pas avoir recherché si, en dehors de Maison-Blanche, des accès de paludisme ont été observés dans la région où peuvent résider d'anciens soldats de l'armée d'Orient et où l'on rencontre, en tout cas, des ouvriers d'origine arabe. Ils se sont bornés à interroger leur malade qui « n'a pas entendu dire que personne (à Gagny) eût éprouvé des accès fébriles comparables

aux siens ». Cette assertion n'a qu'une valeur bien relative et elle aurait eu besoin d'être confirmée par une enquête effective.

M. Marchoux nous rappelle, il est vrai, que les malades sont dangereux en dehors de toute période fébrile, que la présence de gamètes a été constatée dans le sang des paralytiques généraux inoculés et qu'on a réalisé la contamination expérimentale par des moustiques nourris sur des malades ; il ajoute que, dans les asiles, les médecins laissent parfois leurs sujets pendant une année et plus porteurs de parasites. J'ignore sur quels éléments repose cette dernière affirmation. Ce que je sais, avec tous ceux qui ont la pratique de la malariathérapie, c'est que le paludisme inoculé se comporte de toute autre façon que le paludisme transmis par les anophèles, en particulier au point de vue de l'efficacité vraiment remarquable de la quinine : un traitement quinique bien conduit aboutit toujours, en pareil cas, à la disparition des parasites. Aussi bien, dans les expériences relatées par M. Marchoux, plusieurs facteurs entrent en jeu, la nature de la souche, le nombre des passages, entre autres. On peut dire que, si la contamination est réalisable en partant d'une souche d'origine tropicale n'ayant subi que peu de passages, il n'en est pas de même avec une souche européenne utilisée après de nombreux passages ; il suffit donc de s'adresser à une souche convenablement choisie pour être à l'abri de toute surprise. Comme l'ont noté Leroy et Médakovitch, la contagion n'existe pas en Autriche, où des milliers d'impaludations ont été pratiquées. A l'asile de Clermont où, pendant quatre ans, j'ai toujours eu en traitement des paralytiques généraux impaludés à l'aide de la même souche de *plasmodium vivax* que je conservais soigneusement par passage d'un malade à l'autre, et où aucune précaution prophylactique n'était prise, malgré la présence d'anophèles, la transmission accidentelle ne s'est jamais produite. Contre ces faits d'observation courante, aucune considération expérimentale ne saurait prévaloir. MM. René Martin, Chassigneux et Rouësse, reconnaissent d'ailleurs que ce mode de contamination est exceptionnel et ils n'ont pu en retrouver, dans toute la littérature, que trois cas, dont l'un — détail savoureux — a été observé non dans un asile rural, mais dans un hôpital parisien. Leroy et Médakovitch ont relevé 5 cas « discutables du reste ».

C'est sur une base aussi fragile et sur une observation bien peu probante que s'appuie M. Marchoux, pour demander que l'impaludation ne puisse être faite que dans des établissements urbains et par des spécialistes en malariologie. Si ce vœu était

suivi d'effet, l'application de la malariathérapie deviendrait des plus restreinte, et un grand nombre de paralytiques généraux seraient privés des bénéfices de cette thérapeutique. La plupart des asiles d'aliénés sont en effet ruraux et ne sait-on pas que nombre de paralytiques généraux ne peuvent être traités dans les hôpitaux urbains en raison de leurs réactions ?

Dans sa communication d'avril 1929 à l'Académie de Médecine, le ^{Pr} Henri Claude notait que son service hospitalier était encombré par les malades qui lui étaient adressés de tous côtés pour être impaludés et il souhaitait de voir la thérapeutique malarique être réalisée dans d'autres milieux. C'est dans cet esprit qu'il avait proposé la création de centres de malariathérapie dans les diverses régions de France, et il admettait très bien que l'hospitalisation dans ces centres pourrait ne pas être obligatoire, « si les médecins qui feraient inoculer leurs malades avec la souche optima se croyaient en état de pouvoir assurer les soins aux malades à leur domicile », on peut ajouter, *a fortiori*, à l'asile d'aliénés.

La mesure préconisée par M. Marchoux apparaît donc en opposition avec le vœu adopté primitivement par l'Académie de Médecine sur la proposition de M. Claude. Elle aboutirait à une régression certaine de la malariathérapie en France, sous couleur d'éviter un risque de contamination rarissime, de l'aveu même des collaborateurs de M. Marchoux, et qui peut d'ailleurs exister dans les établissements urbains, cela ressort d'un passage de leur communication. Ce que nous devons demander, au contraire, c'est que tous les asiles d'aliénés, y compris les asiles ruraux, aient la possibilité de se procurer des souches de *plasmodium vivax*, conformément au premier vœu de l'Académie. Certes, il serait souhaitable qu'un traitement de ce genre puisse être contrôlé par des examens hématologiques ; ceux-ci sont d'ailleurs parfaitement réalisables dans certains asiles pourvus de laboratoires. En somme, la réforme qui donnerait satisfaction à M. Marchoux, tout en répondant aux desiderata des psychiatres, serait la création, dans chaque établissement d'aliénés, d'un laboratoire dirigé par un spécialiste choisi avec discernement, après concours. Souhaitons que l'Académie de Médecine attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de cette organisation de laboratoires dans tous les asiles, au lieu de demander la limitation de la malariathérapie.

M. FRIBOURG-BLANC s'associe en tous points aux conclusions de M. Demay. La communication faite à l'Académie de Méde-

cine risque d'entraver la pratique de la malariathérapie, et la chose serait très regrettable. Le paludisme provoqué est d'une innocuité qu'on peut dire absolue si l'on a soin d'employer une souche de *plasmodium vivax* bien vérifiée et d'éliminer les tuberculeux et les sujets atteints d'insuffisance cardiaque ou hépatorenale notoire. Depuis neuf ans, la malariathérapie est pratiquée de façon constante au Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce, sans qu'aucun cas de transmission du paludisme ait été constaté chez les nombreux malades de l'hôpital. Cette thérapeutique est de beaucoup la plus efficace dans la paralysie générale, elle est simple et sans dangers. Elle devrait être appliquée dans tous les hôpitaux, asiles et maisons de santé. Toute restriction imposée à son emploi (hors les règles techniques déjà si souvent précisées) serait préjudiciable aux intérêts des malades qui doivent en bénéficier.

M. REPOND. — Je rappelle les expériences d'un élève de Wagner von Jauregg tendant à démontrer que la malaria expérimentale n'est pas contagieuse. Des moustiques sous moustiquaires laissés en contact avec des paralytiques généraux impaludés les piquaient, puis étaient transportés sur des individus non impaludés qu'ils piquaient également. Jamais on ne constata d'inoculation.

Au surplus, avec des moyens très simples, comme un treillage devant les fenêtres et la vaporisation de fly-tox, on se protège très aisément contre l'anophèle.

Il n'y a donc aucune inquiétude à avoir et je me rallie entièrement aux conclusions de M. Demay.

M. Noël PÉRON. — Nous ne pouvons qu'approuver les conclusions de M. Demay. S'il fallait suivre jusqu'au bout les déductions faites par M. Marchoux, il faudrait interdire également la pratique de la malariathérapie, non seulement dans les centres ruraux, mais dans les hôpitaux urbains avec jardins plus ou moins infestés de moustiques.

Une longue pratique de la malariathérapie dans un hôpital parisien ne nous a jamais révélé d'inoculation accidentelle de voisinage.

Avant d'examiner les hématozoaires peu résistants servant à l'impaludation, il aurait fallu s'assurer qu'il n'existait pas d'autres réservoirs d'hématozoaires ; une pratique de trois ans dans une ville proche de Paris où habitent de nombreux travailleurs nord-africains et étrangers, nous a montré, à la consultation de l'hôpital, la fréquence de sujets porteurs de splénomégalies palustres et

atteints d'accès intermittents. Ces sujets, qui vivent dans des conditions hygiéniques souvent défavorables, ne suivent en général aucun traitement anti-palustre et ne s'en soucient guère. Chroniquement infectés, porteurs d'hématozoaires virulents, résistants à la quinine, ces sujets constituent un danger beaucoup plus sérieux pour l'entourage que les rares paralytiques généraux, transitoirement infectés par un hématozoaire peu virulent, dans des conditions de surveillance médicale particulière.

M. PICARD. — Un autre argument contre l'opinion soutenue à l'Académie de médecine, que la malariathérapie risque de propager le paludisme, est l'existence du paludisme autochtone. De tels foyers sont disséminés un peu partout en France. Il y en a un dans une vallée, près de l'asile de Bonneval. Or, le jour où la circulaire ministérielle, recommandant la malariathérapie à cause de son efficacité, me parvint, je rencontrai l'inspecteur d'hygiène qui, venant de lire le compte rendu de l'Académie, me demanda si j'allais continuer à infecter la région.

M. DEMAY. — Je constate que tous les psychiatres qui ont pratiqué la malariathérapie sont d'accord sur l'innocuité de cette méthode et n'ont jamais observé de contamination accidentelle. Je regrette qu'on ait risqué d'inquiéter l'opinion publique au nom d'une théorie démentie par les faits, ce pourquoi une mise au point était nécessaire. Il faut espérer que les propositions de M. Marchoux n'auront pas de suite, et que la Société médico-psychologique ne sera pas obligée d'intervenir, dans le cas contraire, auprès des pouvoirs publics.



A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine, par MM. DESRUELLES, P. LÉCULIER, M^{me} GARDIEN-JOURDHEUIL et P. GARDIEN.

Résumé. — Comme suite à leur communication du 23 octobre 1933, dans laquelle ils citaient trois cas d'anxiété ayant cédé au traitement par la vagotonine, les auteurs apportent à la Société les résultats qu'ils ont obtenus depuis en continuant leurs essais thérapeutiques dans cette voie. Ils ont constaté que, presque toujours, les malades dont l'anxiété a été favorablement influencée ont présenté :

- 1° Avant le traitement, une excitabilité orthosympathique marquée ;
- 2° Pendant le traitement, une diminution de cette excitabilité ;
- 3° Une excitabilité parasympathique nulle avant le traitement et non modifiée par la vagotonine ;

4° Une amélioration de l'état physique, en rapport certain avec le traitement;

5° Une persistance des idées délirantes après l'atténuation ou la disparition de l'anxiété (une exception : un malade, guéri à la fois de l'anxiété et du délire, a pu sortir de l'asile).

Enfin, l'indication au traitement de l'anxiété par la vagotonine semble résider non pas dans la maladie mentale, mais dans l'état du système neuro-végétatif.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme Mémoire Original dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

M. HAMEL. — Dans les cas observés, l'action de la vagotonine a-t-elle fait baisser la tension artérielle et ralentir le rythme cardiaque ?

M. DESRUELLES. — La vagotonine a pour effet certain de régulariser la tension artérielle. Avec mes collaborateurs, nous avons fait, au mois d'octobre dernier, une communication sur ce sujet à la Société, et nous avons récemment publié un article dans « Paris Médical ». Dans les observations actuelles, on s'est servi, pour apprécier l'action de la vagotonine, des modifications des réflexes solaire et oculo-cardiaque, inscrits au polygraphe.

M. Paul ABÉLY. — Les auteurs ont-ils observé des rechutes après le traitement ?

M. DESRUELLES. — On observe, au cours du traitement, des petites rechutes qui, en quelque sorte, servent à déterminer la durée de ce traitement. Mais il est important de noter qu'il ne faut traiter que des anxieux sympathicotoniques.

Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille, par M. Henri Ey.

Cet exposé ne prétend pas être une vue originale du problème (1). Il ne saurait être cependant une revue générale fastidieuse. Nous essaierons simplement de retrouver, dans l'évolution des idées, une tradition, incomplètement interrompue, et dont la nécessité nous paraît, peut-être, s'imposer.

(1) Je tiens à préciser que dans un domaine où l'originalité ne peut venir que de la découverte des *faits*, on ne saurait y prétendre en faisant un travail d'épuration des notions que je crois utile mais bien plus modeste...

I. EVOLUTION DES IDÉES SUR LE SOMMEIL ET LES RÊVES. — A l'idée que le sommeil est l'image de la mort, qu'il est la suspension totale de l'activité psychique et même de l'activité physiologique réduite à n'être qu'un état purement végétatif, à cette conception du sommeil, état négatif, telle que la défendait Bichat et la physiologie classique, s'est peu à peu substituée, depuis les travaux de Claparède, Pavlow, Tournay, Lhermitte, etc. (et dans une certaine mesure ceux de Piéron), l'idée que le sommeil est un état d'inhibition plus ou moins étendue qui permet, selon ses degrés, une activité parfois considérable. Comme dit Lhermitte, le sommeil est un état positif. Par là est restitué à l'état hypnique le contenu physiopsychique que réclamait pour lui Maine de Biran. Cette activité sous-jacente est, dans l'ordre psychique, le *rêve* dans lequel, disait Lelut, « il y a un moi et ce moi est le même que celui de l'état de veille » (2^e édition de la *Physiologie de la Pensée*, t. II, 1862, p. 435). C'est précisément ce point qui a donné et donne lieu à d'innombrables débats (1).

1° *Le rêve considéré comme un déroulement d'images incohérentes.* — Pour la plupart des auteurs classiques de la fin du XIX^e siècle, c'est la conception la plus généralement adoptée. Elle présente la forme incohérente du rêve sous son aspect *fortuit*, soit en le réduisant à être une juxtaposition d'hallucinations hypnagogiques, soit en le faisant dépendre de sensations plus ou moins conscientes, soit en le liant aux contingences du passé immédiat. — Tantôt, en effet, le rêve est considéré comme une série composée d'éléments dont les hallucinations hypnagogiques constitueraient le prototype. Telle est notamment la théorie d'Alfred Maury dont la fortune a été grande dans les milieux psychiatriques. — Un autre fait est souvent mis en avant : c'est le rapport des images du rêve avec les sensations actuelles. Les livres sur les rêves et l'expérience de chacun de nous sont remplis d'exemples de ce genre. Maury a fait une très bonne étude de cette influence des sensations dans le déterminisme du rêve. Un Norvégien, Mourly Vold, devait plus tard (1896) préciser encore ces conditions dans un travail aujourd'hui classique. On sait comment Schopenhauer et Bergson ont adhéré à cette conception du rêve. — Enfin, un troisième aspect fortuit du rêve est encore mis en évidence sous la forme des associations de hasard des événements ou des pensées de la veille qui alimentent les

(1) Nous renvoyons au livre magistral de *Delage*, à celui si documenté de *Vaschide* et aux premiers chapitres de la « Science des Rêves » de *Freud*, où l'on trouvera des exposés très complets des diverses conceptions du rêve.

songes. Les études de *Foucault* sont bien connues sur ce point. Rappelons-en les conclusions : les images qui passent dans le rêve sont les images les plus récentes, les plus émotives, celles qui proviennent des perceptions inattentives (l'inconscience des perceptions paraît être, à bien des auteurs, une condition de leur retour sous forme d'images oniriques). Telle est la conception la plus généralement admise. C'est particulièrement celle de Maury qui compare les images du rêve « à ce que sont, pour la motilité, certains mouvements que nous offrent la chorée et les affections paralytiques ». Tel était l'avis de Guislain, qui considérait le rêve comme « une anacoluthie ». Il serait facile de remonter à Cicéron.

2° *Le rêve considéré comme une aventure symbolique exprimant un désir refoulé.* — Avec la conception de Freud, nous nous trouvons tout à l'opposé. Le rêve représente une forme de pensée affective dont la loi générale est l'expression travestie des complexes inconscients. Le rêve n'est pas une pensée inférieure, c'est une pensée « autre ». Le rôle de la vie instinctive et affective avait été mis en évidence avant lui, comme il l'explique longuement lui-même, notamment par Maury, en France, et par W. Robert (1885), en Allemagne. Je m'en voudrais d'exposer ici les idées développées dans « la Science des rêves » que vous connaissez aussi bien et mieux que moi et dont on ne peut pas, quand on l'a lu attentivement, ne pas penser que c'est, malgré ses excès et ses erreurs, une œuvre capitale. Ses propositions principales sont les suivantes : le rêve est l'expression d'un désir ; le désir refoulé est généralement d'origine infantile.

3° *Le rêve considéré comme un mode de pensée décomposée.* — C'est ainsi que nous désignerons, en nous rappelant Maine de Biran, la caractéristique du rêve telle que la plupart des psychophysiologues la conçoivent à l'heure actuelle. Le livre de Kaploun, pour ne citer qu'un exemple, est assez démonstratif à ce point de vue. Les idées de Delage s'en rapprochent beaucoup en montrant la finalité du rêve liée à l'impuissance même de la pensée. Selon une telle vue des choses, le rêve est un mode d'activité psychique qui peut être très riche (c'est dans ce sens qu'Hervey, de St-Denis (1) a écrit son bel et curieux ouvrage), mais qui reste soumis à une impuissance fondamentale d'accéder à la pensée vigile (contrairement à ce que pensait Delbœuf

(1) HERVEY DE SAINT-DENIS. — *Les Rêves et l'art de les diriger* (1867). Ce livre est parmi les nombreux volumes que j'ai lus ou relus à cette occasion, celui qui m'a paru le plus profond et peut-être le plus actuel. L'étude des rêves doit beaucoup à cet étrange professeur de chinois.

en 1885). Il y a une pensée onirique dont nous caractériserions volontiers ainsi les traits principaux :

a) *la substitution de la pensée par image*, du concret, du scénique, du dramatique à l'abstrait, à l'idée — du subjectif à l'objectif.

b) L'incapacité de penser clairement et complètement d'où l'aspect *approximatif*, symbolique des contenus de conscience qui sont des expressions incomplètes et paradoxales de la pensée actuelle du rêveur. Figuration symbolique qui admet les mécanismes freudiens sans recourir à la finalité sexologique pure et universelle.

c) *Le défaut de réflexion* tel que l'activité psychique se déroule dans un seul plan, qu'elle a perdu « la dimension » de la critique (qu'elle est tombée au niveau des croyances asséritives de P. Janet) d'où le fait que tout contenu de conscience est projeté dans la réalité.

d) Enfin, *la prévalence des intuitions temporo-spatiales et visuelles* : la pensée dans le rêve se fait par intuitions concrètes dans l'ordre de juxtaposition de l'espace, le temps, la succession. y prend la forme de changement de tableaux.

*
**

Comme on le voit, les études sur le sommeil et le rêve paraissent avoir orienté la conception que l'on peut se faire de ces états vers une double conclusion : 1° le sommeil et les rêves consistent en une série de formes plus ou moins dégradées de l'activité psychique ; 2° ce ne sont pas des états incohérents et vides, sinon à leur degré le plus inférieur. Si donc, nous admettons par hypothèse, comme on l'a fait, que l'aliénation mentale puise ses tableaux cliniques dans l'échelle des états qui vont de la veille au sommeil, nous aurons d'autant plus de chances de trouver des rapports entre ces deux séries de faits que le passage de la veille au sommeil nous paraîtra s'étager sur un plus grand nombre de stades de décomposition de la pensée.

II. RAPPORTS DU RÊVE ET DES ÉTATS PSYCHOPATHIQUES. — Nous n'envisagerons ici que les deux questions importantes : celle des états de structure du rêve et celle de l'influence du rêve ou de ces états sur les délires. Nous renvoyons, pour la séméiologie des troubles du sommeil et des rêves, au livre de Masselon et Meunier.

A. *Généralités sur les rapports du rêve et de la folie*. — La phrase de Kant « le fou est un dormeur éveillé » a été répétée

bien des fois. Encore ne dirons-nous rien de ceux qui l'ont précédé ! C'est à Cabanis que paraît revenir le mérite d'une première étude de cette question (p. 552 à 576). Maine de Biran, Esquirol, Lelut soulignent les analogies du rêve et de la folie. Mais il faut arriver à Moreau de Tours (1845) pour voir exposer avec ampleur la thèse de *l'identité psychologique* du rêve et du délire qu'il fonde sur ses recherches avec le haschich. La richesse de son livre, les aperçus profonds de cet illustre Maître de la psychiatrie française n'ont pas besoin d'être rappelés ici. « Entre la veille et le sommeil, dit-il (p. 224 et suivantes), il est « un état intermédiaire qui, sans être précisément ni l'un ni « l'autre, participe des deux également et constitue un véritable état mixte... si on l'observe dans ses détails intimes, on y « retrouve tous les caractères qui distinguent la modification « primordiale qui, ici, est l'avant-coureur du rêve complet, « comme elle l'est, dans d'autres cas, de l'état hallucinatoire et « de tous les phénomènes du délire... Plus j'approfondis ce « singulier état de demi-sommeil, plus je suis porté à le regarder comme le type de celui qu'on est convenu d'appeler délire, « aliénation... » De son côté, Alfred Maury, dont nous avons parlé déjà de l'ouvrage si important, souligne les profondes analogies qui existent entre ces deux états.

On cite souvent Baillarger comme un défenseur de cette même thèse. En réalité, comme dans presque tous les problèmes qu'il a abordés, ce célèbre aliéniste a tempéré ses opinions d'un académique éclectisme. Dans son mémoire sur « l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil » (1842), il se solidarise plus peut-être qu'il ne paraît, avec un mouvement d'idées qui s'oppose à celui dont nous venons de parler. En effet, Leuret, Brière de Boismont s'incrivent en faux contre les assertions de Cabanis et de Moreau de Tours. On saisit pourquoi — eux et tous ceux qui, à l'heure actuelle, ont adopté leur manière de voir qui est devenue « classique » — ils ont eu une telle répugnance à admettre ces analogies. Par là, j'en arrive au point central de mon exposé. Comme Mourgue l'avait très bien montré, nous avons, avec le Pr Claude, souligné l'évolution des idées qui s'est développée sous le signe de l'atomisme psychologique et de la physiologie des centres d'images en matières d'hallucinations et de délires hallucinatoires. Masquant les conceptions de Moreau de Tours sur les *états hallucinatoires*, une doctrine s'est formée dont le double postulat a été et est encore que l'hallucination (et plus généralement l'ensemble des symptômes basaux) est un phénomène primitif et isolé, mécaniquement créé par des exci-

tations cérébrales. Toute la théorie et la séméiologie classiques portent la marque profonde de cette conception. A considérer l'hallucination comme un grain de sable dans le cerveau, il est naturel que l'on s'écartât de l'étude plus minutieuse de l'état psychique coexistant. Concevoir une lésion qui s'inscrit sur une surface plane et vide, y *crée* des pensées, des images, du délire, dispense de faire autre chose que d'enregistrer servilement les dires du malade et incline à leur trouver une paraphrase mécanique, à rompre l'attache des symptômes avec toute signification, avec toute tendance de la personnalité. Au contraire de ce mouvement d'idées qui, je le répète, va de Leuret, Brière de Boismont jusqu'aux doctrines les plus classiques et à celle de M. de Clérambault, en passant par Tamburini, Ritti, Wernicke, — les travaux de Moreau de Tours sont restés généralement refoulés au second plan. N'y a-t-il pas cependant possibilité, à l'aide de cette analogie ou, si l'on veut même, de cette métaphore (pour ne pas nous payer de mots) entre les états hypniques et les états de délire, d'éprouver une hypothèse de travail féconde ? Ne peut-on pas concevoir, contrairement aux théories purement mécanistiques, que le trouble générateur organique agit — *pour les déformer, les altérer* — sur un jeu d'activité, de mécanisme et de tendances dont la masse constitue la personnalité ? Ne pourrait-on pas faire reposer la pyramide sur sa base et non plus sur sa pointe ? Ce serait alors l'obligation d'analyser soigneusement les dires de malades, de rechercher tout l'ensemble des troubles jacents et concomitants, de faire une séméiologie des *états* et non des phénomènes isolés, ce serait aussi rattacher les troubles délirants et hallucinatoires sous la condition générale la plus fréquente des facteurs organiques, non pas seulement et immédiatement à un processus, mais aux diverses fonctions somatopsychiques perturbées (1), ce serait restituer en symptôme ce contenu, cette signification par quoi précisément (il ne faut pas l'oublier sous le couvert d'une théorie organique en elle-même exacte) un délire, ou un état hallucinatoire sont différents d'un ictère ou d'une hémorragie. Ce mouvement ne saurait avoir, de nos jours, la puérile prétention d'être inaugural. En fait, il s'est poursuivi, en sourdine si j'ose dire, et s'est fixé sur certains problèmes. Il est également traditionnel. Pour certains faits même où la chose était particulièrement évidente, les analogies des états de rêve et d'aliénation devaient devenir à leur tour classi-

(1) On reconnaît là le trait le plus essentiel de la physiopathologie jacksonienne.

ques. C'est ce que nous allons voir en essayant d'indiquer par quel mouvement naturel de telles études ont tendance à s'étendre et à revenir, peut-être, aux conceptions de Moreau de Tours, rajeunies et précisées par des données de la neuro-physiologie contemporaine.

B. *Les états psychopathiques de structure onirique.* — C'est dans le domaine de l'hystérie et des états confusionnels que s'est réfugiée la tendance à rapprocher l'état de rêve et l'état psychopathique. Nous serons nécessairement très bref sur ce point, d'ailleurs connu de tous.

1° *Hystérie.* — Les relations des états hystériques avec le rêve constituent le fond même des études sur l'hystérie durant tout le XIX^e siècle. Le somnambulisme hystérique, les états seconds, ce que Janet a si admirablement étudié sous le nom de développement des idées fixes hystériques, les états hypnoïdes de Breuer et Freud, tous ces tableaux cliniques si abondamment décrits, tout cela est aussi le développement des relations du rêve et de l'hystérie. Et si l'on dit que cela ne se voit plus, nous demanderons si l'on est bien sûr que tous ces faits ne soient pas cachés dans quelque coin de la séméiologie psychiatrique sous des noms différents, mais posant le même problème.

2° *Les états confusionnels.* — Déjà Delasiauve, dans ses magistrales études sur la stupidité, signalait, dans les état de « demi-stupidité », des scènes fantastiques « dont le rapprochement avec les images du rêve permet une interprétation plausible (1851) ». Lasègue, dans son article intitulé — assez paradoxalement — « Le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve » (1881) amorça nettement le mouvement. Comment, avec Chaslin et surtout Régis, *l'onirisme* devint synonyme de confusion, tout le monde le sait. Mentionnons spécialement le mémoire de Régis à l'Académie de Médecine (1901) où il assimile l'onirisme confusionnel au délire somnanbulique des hystériques et propose même l'hypnose comme moyen de traitement. L'excellent rapport de Delmas (1920) consacre classiquement cette soudure de la confusion toxi-infectieuse et de l'onirisme.

3° *Les états oniriques et oniroïdes à la limite ou en marge des états confusionnels.* — Cependant, des états sont décrits depuis longtemps qui n'ont pas été entièrement absorbés par les états confusionnels : ce sont les divers *états crépusculaires*, les états d'extase de Maury, les états de « rêvasserie » de Guislain, les états hypnoïdes de Breuer et Freud, les « Traumerei » des auteurs allemands, les « dreames states » des Anglo-saxons. René Charpentier a publié une belle observation d'*onirisme pur*

en 1919. Tout ce secteur d'états de demi-rêve qui va jusqu'aux délires de rêverie de Heuyer et Borel paraît constituer un groupe d'états oniroïdes à situer en dehors des onirismes confusionnels proprement dits. C'est dans ce sens qu'une réaction s'est affirmée en Allemagne dans deux ouvrages importants : l'un de Meyer-Gross sur les « Psychoses oniroïdes » qu'il sépare des états de confusion (amentia) l'autre, de Kleist, sur les états crépusculaires épisodiques. Disons ici que les substances hallucinogènes et notamment la mescaline, quand ils n'aboutissent pas à la confusion profonde, réalisent expérimentalement ces états de demi-rêve que l'on rencontre également dans les « crises de l'uncus » de Jackson. Enfin, c'est dans ce groupe de faits qu'avec Claude nous avons insisté sur les états oniroïdes et dysesthésiques.

Cette extension de la notion d'onirisme jusqu'à ses formes les plus dégradées aboutit ainsi à la description de toute une série d'états que méconnaît la séméiologie classique trop directement influencée par la psychophysiologie de la fin du siècle dernier. Là, en effet, où l'observation attentive révèle des « tranches » d'activité psychique dont les hallucinations, les idées délirantes, les impulsions, etc., ne sont qu'un aspect, elle ne cherche que des phénomènes isolés de leur contexte. C'est dans cet esprit un peu différent — mais également traditionnel — que la recherche et la description de divers états crépusculaires peuvent être mis en évidence dans la démence précoce comme dans les délires chroniques (1). Nous ne pouvons pas insister ici sur ce point fondamental. Soulignons cependant que Kræpelin a noté, pour la démence précoce (comme Max Simon pour le délire), les analogies des troubles du langage (incohérence, automatisme verbal hallucinatoire) dans le rêve et dans ces états. De même, Bleuler, après avoir mis en évidence, au cours de l'évolution des états schizophréniques (qui comptent le plus grand nombre de nos délires chroniques), les états crépusculaires et de « Benommenheit » indique expressément les analogies de l'autisme et du rêve.

C. *La genèse et l'organisation onirique des délires.* — C'est là un autre point, et non le moins important, des relations du rêve et des états psychopathiques. « On ne fait pas assez attention à « cette influence que peuvent avoir les rêves et surtout les dispo-

(1) Nous pensons — et c'est le vif du débat — que les deux notions d'activité hallucinatoire et d'attitude hallucinatoire sont de nature à rendre compte très suffisamment des gros faits d'observation clinique.

« sions affectives qui les provoquent et leur sont antérieures ou « leur survivent, sur les sentiments et la série d'idées qui suivent « le réveil. » Ces lignes de Maine de Biran contiennent une loi psychologique que nous croyons fondamentale. Baillarger note, un des premiers (c'est l'intérêt de son mémoire sur l'importance de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil), des faits de ce genre dans les délires. Chaslin a consacré sa thèse en 1887 au « rôle du rêve dans l'évolution du délire ». Mais c'est Sante de Sanctis qui a, plus même que Régis, étudié l'influence de l'état onirique, du rêve, du cauchemar sur l'organisation des croyances délirantes (I. Sogni). Régis a fixé les principales formes d'idées fixes et de délires post-oniriques. Le rapport d'A. Delmas classe très clairement et complètement ces états post-oniriques. Il importe de signaler les observations de Klippel, de Vigouroux et de Trénauney qui ont mis en évidence les délires à éclipse, de rêve à rêve et de rêve prolongé. Il s'agit là, dans ce remaniement plus ou moins permanent des croyances et des attitudes du malade, d'un phénomène d'une grande importance, car il permet de soutenir que, lorsqu'on trouve, dans la mentalité morbide, les linéaments de la pensée onirique, c'est qu'il y a eu à un moment, ou qu'il y a par intervalles des états de structure onirique ou oniroïde tels qu'ils *laissent des traces*. Rappelons-nous à ce propos ce que nous disent quotidiennement nos délirants, nos schizophrènes, nos hallucinés sur les *expériences nocturnes* qui ne sont peut-être pas toutes de faux souvenirs, mais témoignent de « moments féconds » nocturnes du délire, que nous croyons d'une notable importance.

*
**

Nous ne pouvons pas non plus nous étendre sur les relations des états de sommeil envisagés selon la physiologie des mécanismes d'inhibition et des divers états psychopathiques psychomoteurs, s'étagant depuis la stupeur jusqu'aux isolements fonctionnels hystériques, à l'hypnose, à la catalepsie et à la catatonie (Claude et Baruk). Soulignons que, dans ce domaine également, les notions physiologiques actuelles rejoignent les acquisitions de la psychologie pour substituer de plus en plus les interprétations dynamiques aux conceptions purement mécanistes du sommeil, du rêve et des états psychopathiques.

Deux points de l'histoire des idées que nous venons de retracer doivent être dégagés : 1° les études sur le rêve et le sommeil permettent d'étendre la notion d'onirisme à des états de troubles de la conscience, peut-être moins étudiés depuis quelques années ;

2° les faits relatifs aux troubles post-oniriques permettent d'envisager, à titre d'hypothèse, la possibilité pour des états psychopathiques à certains moments de leur évolution comme consécutifs à des bouleversements psychiques paroxystiques.

**

Qu'il nous soit permis de dire en terminant que l'ombre que le sommeil et le rêve projettent sur les états psychopathiques se retrouve un peu dans tous les aspects de la neuro-psychiatrie qui ne progressera, disait Huhllings Jackson, que dans la mesure où progressera la science du sommeil et des rêves. Par là, nous pouvons dire que nous disposons d'une *hypothèse profondément organique et biologique* qui nous paraît d'autant plus féconde qu'elle ne fait pas table rase, par exigence doctrinale, de l'intégration du contenu, du Moi dans la nature, le déterminisme et la qualification des symptômes que nous offre la clinique. Comme le sommeil contient le rêve si étroitement lié au Moi décomposé du dormeur, le délire dans le sens le plus fort et ancien du mot contient le psychisme décomposé du malade dont sont faits les symptômes qu'il présente.

La Société décide de laisser la *discussion* de cette communication à l'ordre du jour de la séance du lundi 22 octobre 1934.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des Séances,

P. COURBON et P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 7 juin 1934

Présidence : M. VURPAS, président

Contribution à l'étude de la pathologie vasculaire de la couche optique.
A propos de l'irrigation sanguine du relais thalamique du système de la sensibilité de la face. Disposition vasculaire au niveau du noyau semi lunaire de Flechsig et du centre médian de Luys, par MM. J. NICOLESCO et T. HORNET (de Bucarest).

Le territoire du noyau semi-lunaire de Flechsig et de la partie externe du centre médian de Luys (*relais de la voie sensitive de la face*) constituent une région thalamique située entre les branches vasculaires du pédicule thalamo-genouillé et celles du pédicule thalamo-perforé de l'artère cérébrale postérieure.

Sciatique de double origine : Eclat d'obus de la face et tumeur extradurale de la queue de cheval, par M. P. COSSA (Nice).

Sciatique rebelle. Présence d'éclat d'obus au contact du sciatique. Extirpation. Pas de guérison. Découverte d'une compression de la queue de cheval avec, à l'épreuve du lipiodol, image anormale par son siège (S_1), mais non par sa forme (balle de fusil). Extirpation (D^r Grinda) d'une tumeur extradurale en anneau, implantée sur le disque $L_5 S_1$.

**Considérations sur la théorie du neurone,
par M. NIESSL VON MAYENDORFF (de Leipzig).**

**Compression dorso-lombaire par telangiectasie veineuse piemérienne.
Curiéthérapie, par MM. Henri ROGER, Marcel ARNAUD et Joseph ALLIEZ.**

Les auteurs présentent l'observation d'un malade atteint d'algies sciatiques évoluant par poussées avec abolition d'un seul réflexe achilléen, troubles sphinctériens discrets et présentant un syndrome de Frôin avec blocage complet du liquide céphalo-rachidien ; arrêt du lipiodol au niveau de L. 1, L. 2. L'intervention montre des volumineuses varices tortueuses, pelotonnées en un véritable plexus. Dans l'impossibilité d'extirper pareille formation vasculaire, on a recours à la curiéthérapie, qui fait disparaître le syndrome subjectif et permet la reprise du travail. Le syndrome liquidien persiste trois ans après.

Des paresthésies des membres supérieurs récentes, font craindre une extension du processus à la région cervicale.

Aphasie motrice pure, simili-anarthrie, rééduquée sans redressement aucun des coordinations articulaires, par simple sommation de la mémoire des sons.

M. J. FROMENT et Andrée FEYEU (de Lyon) présentent une malade atteinte d'aphasie motrice pure simulant l'anarthrie totale. Cette malade, qui fut rééduquée uniquement par l'oreille, donne indiscutablement, après coup, toute une série de preuves du déficit de sa mémoire des sons. C'est ce déficit qui, certainement, réalisait cette simili-anarthrie. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire, dans les aphasies, la part des *troubles du langage par carence phonologique*, au lieu d'incriminer toujours, systématiquement, la motricité articulaire. Si on ne le fait pas, on se prive d'un procédé de rééducation, qui fut ici remarquablement efficace et sur lequel il y a 20 ans, MM. J. FROMENT et O. MOMON ont attiré l'attention : rééducation de l'aphasie motrice et même de la prétendue anarthrie par réveil de la mémoire des sons.

Dissociation corticale des mouvements du pied, par méningiome de la faux du cerveau. Abolition de la motilité volontaire avec conservation du jeu de toutes les motilités réflexes et automatiques, par MM. J. FROMENT, R. LERICHE et Roger FROMENT (de Lyon).

Présentation d'un film qui met en relief une paralysie corticale du pied par méningiome de la faux du cerveau réalisant une dissociation très fine de la motilité du pied et des orteils. La motilité volontaire était seule abolie tandis que subsistaient tous les mouvements réflexes, y compris ceux que provoque la réfectivité statique (station à cloche-pied et phénomène de la poussée). Aors que tous les mouvements volontaires du pied et des orteils étaient abolis, ceux qui mettaient en jeu l'automatisme de marche subsistaient indemnes. Une dissociation aussi fine ne doit être possible que dans les lésions corticales, très limitées et peu profondes.

DISCUSSION

M. LARUELLE (de Bruxelles) insiste sur le fait que la motilité semble surtout porter, dans ce cas, sur les fléchisseurs. M. LHERMITTE rapproche ce cas des faits rapportés par M. Pierre MARIE, dans les blessures corticales de guerre.

Polynévrite après sérothérapie antitétanique curative avec participation du névraxe et des méninges. (Observation anatomo-clinique), par MM. H. ROGER, Y. POURSIDES et M. RECORDIER (de Marseille).

Après un tétanos guéri par une sérothérapie intensive, le malade présente une quadriplégie intense et rapide du type polynévritique, mais avec rétention d'urine, paralysies craniennes et syndrome d'hypertension intracranienne (sans réaction albumino-cytologique). L'autopsie montre, outre une hydrocéphalie ventriculaire, des lésions à type de vasodilatation artériocapillaire et de petites hémorragies des nerfs, des racines, des ganglions, de la leptoméninge et même de la moelle, du pédoncule et de l'écorce. Les lésions les plus anciennes siègent au niveau des nerfs et des racines. Les auteurs rapprochent ces lésions de celles qu'on constate dans les autres manifestations, cutanées ou viscérales, de la maladie sérieuse.

DISCUSSION

M. LHERMITTE ne peut pas retenir l'interprétation des auteurs : le malade a été tétanique, les lésions du système nerveux central sont prédominantes. Il ne s'agit donc pas d'une polynévrite.

Syncinésies symétriques dans la stupeur.

M. MISKOLICS (de Szeged) a pu étudier, dans plusieurs cas de stupeur, certaines syncinésies symétriques dont il donne la description. L'auteur insiste sur leur valeur séméiologique et physiopathologique.

Le signe de Babinski dans l'insuffisance cardiaque.

M. BOISSEAU (de Nice) rapporte l'observation d'une hémiparésie chez qui les signes pyramidaux étaient fixes et typiques depuis dix ans. A l'occasion d'une crise d'asystolie, les signes pyramidaux s'atténuent et le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Ce phénomène s'est renouvelé à l'occasion d'une nouvelle poussée d'asystolie.

DISCUSSION

M. TOURNAY rapproche ce cas de ceux qu'il a observés ainsi que des faits publiés par Lhermitte et Trelles, par Monnier-Vinard.

Les modifications du rythme respiratoire au cours des interventions neuro-chirurgicales

M. Vincenzo NERI (de Milan) rapporte les observations quasi-expérimentales qu'il a pu faire au cours d'opérations sur les différentes régions du cerveau. Ainsi que l'attestent les pneumogrammes enregistrés, il existe plusieurs types d'anomalies respiratoires suivant la région intéressée. Il en est un si net et constant qu'on peut l'individualiser sous le nom de « respiration périodique infundibulaire ».

Neuromyéélite optique aiguë avec contrôle anatomique, par MM. URECHIA et VELUDA (Bucarest).

Pierre MARESCHAL.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 17 Mai 1934

Présidence : M. LALO, président

Les techniques du corps, par M. Marcel MAUSS

C'est une erreur de croire qu'il n'y a technique que là où il y a instrument. Une technique est un acte traditionnel, d'une efficacité physique ou physico mécanique, et accompli avec ce but. C'est en ce sens que l'on peut parler de techniques du corps. Ces techniques sont étroitement liées à l'histoire et à la vie de la société. Nous en avons un exemple contemporain dans la nage : il y a vingt ou trente ans, on nageait la « brasse » ; aujourd'hui, nul n'est considéré comme « sachant » nager s'il ne nage le « crawl ». Un autre exemple est la technique de la marche des Maori. Chez les Australiens existent des rituels de marche et de course. Après ces exemples, M. Mauss énumère les divers chapitres que devrait comporter une étude exhaustive des « techniques du corps » : techniques du corps selon le sexe et selon l'âge, techniques de la naissance, de l'élevage des enfants, techniques de la veille et du sommeil, du repos et du mouvement, de la marche, de la course, du saut, etc.

D. LAGACHE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIX^e Congrès International de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française

(Lille, 27-30 mai 1934)

Président : M. LECLERCQ (de Lille)

Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation. *Rapporteurs : MM. HEGER-GILBERT et DE LAET (de Bruxelles)*

Les rapporteurs ont envisagé dans le premier chapitre de leur étude les origines possibles des excitations douloureuses, pour en reconnaître le siège au long du chemin parcouru par la sensation douloureuse depuis l'extrémité sensible jusqu'au cortex.

Si l'accord semble fait qu'il n'y a pas d'organes récepteurs spéciaux de la douleur, l'unanimité n'est pas aussi parfaite pour ce qui concerne les voies de transmission.

On abandonne sans doute l'idée que la douleur n'est que l'excitation excessive d'une sensation tactile ou thermique. En réalité, le malentendu provient de l'interprétation du mot « sensible ». Comme l'a montré Leriche, bien des tissus sont privés de sensations conscientes (la cornée, les viscères, par exemple), et cependant leurs réflexes attestent leur sensibilité. L'électrophysiologie, d'autre part, vient de nous montrer que la douleur paraît transmise par des fibres à conduction lente, analogues aux fibres sympathiques. Nous comprenons donc que les tissus les plus divers, dépourvus de sensibilité consciente, les tumeurs même, peuvent devenir algiques. Nous comprenons aussi les dissociations algo-sensorielles des lésions ou des réparations nerveuses, et aussi ces affreuses causalgies que l'on rattache souvent, en grande partie tout au moins, à des irritations des éléments sympathiques. Aux étages supérieurs, nous connaissons le rôle des hématomyélies et des syringomyélies dans la genèse de syndromes douloureux. Et enfin, nous nous rappellerons que le carrefour du thalamus et de l'hypothalamus, sièges éti-

logiques des douleurs du syndrome de Déjerine, commandent d'une part toute cette réflectivité de la douleur, parmi laquelle nous chercherons les signes objectifs de l'algie et d'autre part projettent au cortex la sensation perçue.

C'est seulement cette dernière transmission, devenue consciente, qui est nommée douleur. Le cortex doit la situer, ce qui parfois induit le médecin en erreur lorsqu'il y a transposition du siège de la douleur. Il doit aussi qualifier la sensation, appréciation strictement individuelle qui n'admet ni description, ni évaluation par autrui.

Enfin, le cerveau conserve plus ou moins longtemps le souvenir de la douleur. Normalement, ce souvenir est fugace, mais divers facteurs peuvent le prolonger ou l'entretenir.

Le second chapitre du rapport passe en revue celles des réactions réflexes dues à la douleur qui ont fait jusqu'ici l'objet d'études critiques. Elles sont souvent un moyen indirect d'apprécier la réalité d'une douleur.

Successivement, les réactions sécrétoires (suc gastrique et insuline inhibés, adrénaline excitée), la dilatation pupillaire, l'accélération du pouls, l'élévation de la pression artérielle, le réflexe psycho-galvanique sont l'objet d'un exposé critique. Les recherches récentes de l'un des rapporteurs établissant l'existence d'une décharge d'acidose dans l'urine au cours des douleurs fortes ou prolongées, sont résumées ensuite et confrontées avec d'autres travaux concluant à l'alcalose émotive.

Les auteurs émettent alors l'hypothèse qu'il y aurait entre la douleur, dans son cycle infra-thalamique et l'action du cortex, surajoutée au précédent arc réflexe, une sorte d'antagonisme équilibrateur, la « conscience » de la douleur exerçant une sorte de contrôle modérateur sur les effets humoraux, c'est-à-dire neuro-toniques, de la douleur.

Enfin, les auteurs rappellent brièvement l'importance de l'examen clinique complet et des ruses multiples que l'expert doit toujours avant tout utiliser pour dépister les simulateurs.

Le troisième chapitre du rapport classe les modes d'indemnisation des séquelles douloureuses en trois catégories.

D'abord, les douleurs physiopathiques contemporaines d'une lésion. Si elles provoquent une impotence, leur indemnisation ne peut différer en rien de l'impotence mécanique. Si, ce qui est rare, elles ne provoquent aucune gêne motrice, c'est un « *prætium doloris* » qui est dû et dont l'évaluation n'est que de la compétence du juge comme dans les cas de dommage esthétique.

Ensuite viennent les invalidités dues à la mémoire douloureuse après disparition de la lésion causale. Elles sont courtes et toujours temporaires chez l'individu normal. Elles peuvent aggraver ou déclencher des troubles psychopathiques antérieurs, ce qui crée deux ordres de conclusions fort différentes suivant qu'il s'agit du droit commun ou du régime des accidents du travail.

Enfin, restent les douleurs uniquement psychiques où la distinction de la simulation, de la névrose et de cette sinistrose, qui disparaît aujourd'hui, n'est pas souvent aisée.

DISCUSSION

M. COSTEDOAT (de Paris). — La recherche de l'abaissement du pH urinaire que M. de Laet a personnellement étudiée et à laquelle il attache une importance particulière est intéressante, mais elle paraît délicate à employer dans

la pratique courante, en raison des multiples facteurs qui peuvent troubler les résultats.

L'existence de la mémoire douloureuse prête à discussion : l'émotion que suscite le souvenir d'un état douloureux, lorsque celui-ci est complètement guéri, n'est pas à proprement parler de la douleur et ne peut pas être indemnisée au titre de l'accident initial.

Il est d'autre part difficile d'évaluer objectivement le degré d'émotion éprouvée par l'approche ou la survenue d'un accident, car il s'agit d'une réaction purement individuelle, d'ailleurs le plus souvent fugace, dont le degré varie essentiellement d'un sujet à l'autre. On ne pourrait l'évaluer qu'en s'en rapportant aux déclarations de la victime, évidemment intéressées.

Mais, ajoute M. Costedoat, le rapport de MM. Heger-Gilbert et de Laet, qui s'est attaqué au difficile problème de la simulation, n'en est pas moins très remarquable et d'un grand intérêt pratique pour les experts.

M. DESOILLE (de Paris) regrette que les rapporteurs n'aient pas fait mention des études de la chronaxie de la douleur.

M. LATTES (de Pavie) propose d'ajouter aux moyens d'investigation la détermination de l'adrénaline dans l'urine.

M. MAZEL (de Lyon) fait observer que dans un très grand nombre de cas, une méthode sémiologique correcte, adaptée aux besoins de la médecine légale, un examen complet du blessé, suffisent à reconnaître, non pas si le sujet ne souffre absolument pas, mais si les douleurs qu'il allègue ont ou non une intensité suffisante pour qu'elles constituent en elles-mêmes un facteur d'I.P.P.

L'examen doit porter :

1° sur le « comportement » général du malade, l'existence (ou l'absence) chez lui des signes névropathiques, la nature même de ses déclarations ;

2° sur les lésions organiques, le diagnostic de la réalité de la douleur ou plutôt de son degré, se posant surtout lorsque les lésions objectivement appréciables sont, ou absentes, ou minimales ;

3° sur la recherche des signes associés à la douleur (contracture musculaire, limitation des mouvements articulaires, amyotrophies...) ;

4° sur les signes réflexes de la douleur (modification du pouls, réactions vaso-motrices du visage) dont l'intérêt dans la pratique est loin d'être négligeable.

Ce qu'il faut surtout dans des cas analogues, c'est rechercher si la douleur est constante et comment sont supportées des explorations faites à l'insu du blessé.

Le meilleur moyen, le plus simple, pour détourner son attention, est de pratiquer simultanément des explorations bilatérales symétriques en attirant son attention sur le côté sain.

Une autre méthode excellente à utiliser dans les cas de douleurs thoraciques ou lombaires, est l'auscultation, parfois anormalement étendue en surface, à l'aide du pavillon du stéthoscope à dessein fortement appuyé. Souvent cette pression est bien supportée alors que peu avant, une pression moins forte, avait été dite intolérable.

Ces procédés sémiologiques simples suffisent à l'ordinaire pour discerner avec certitude si les phénomènes douloureux sont, ou accentués, ou très faibles, et pratiquement négligeables.

MM. DESCLAUX et GIROIRE (de Nantes) apportent l'observation très inté-

ressante d'un cas de paralysie réflexe avec algie du membre supérieur gauche du type sympathique consécutive à une piqûre de l'index gauche.

M. DE LAËT insiste sur la distinction entre l'alcalose émotive et l'acidose de la douleur, justifie par des exemples la notion de la mémoire douloureuse, puis il explique que s'il n'a pas cru devoir parler de la chronaxie, c'est qu'il s'agit de théories encore très discutées et qui du reste ne concernent nullement la sémiologie de la douleur.

L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle.

Rapporteurs : MM. RAVIART et VULLIEN (de Lille)

L'expertise mentale au criminel doit être réformée. Parmi les projets de réforme, on propose en premier plan l'institution de l'expertise mentale contradictoire, opération qui se pratique dans un certain nombre de pays étrangers et qui, au surplus, a reçu chez nous un début de consécration légale avec le vote de la loi Cruppi par la Chambre des Députés, en juin 1899.

La question comporte de vastes dégagements. Tout d'abord, on peut se demander si une réforme est vraiment nécessaire. De ce côté, aucun doute n'est possible. Il suffit de constater l'étrange discrédit qui pèse actuellement et depuis longtemps déjà sur l'expertise psychiatrique.

Nous avons perdu la confiance des masses, c'est un fait. Certes, on écoute toujours courtoisement nos déclarations à la barre, on acquiesce poliment à nos conclusions, mais il reste sous-entendu que tout ce que nous avons dit n'a qu'une valeur relative et que si l'affaire était d'importance, il se trouverait certainement un autre expert non moins qualifié pour venir soutenir une opinion diamétralement opposée.

C'est là la grande misère de l'expertise psychiatrique (et elle lui est particulière). Il peut arriver que deux experts également savants, d'égale bonne foi, avec des arguments tout aussi valables l'un que l'autre aboutissent à propos d'un même cas à des conclusions très exactement contraires.

La faute n'en est certes ni aux experts, ni à la science psychiatrique, la faute en est seulement au décalage qu'on a laissé se créer entre un Code pénal et des modalités pénitentiaires figées, piétinant sur place depuis un siècle et la psychiatrie qui n'a jamais cessé de progresser en s'intégrant toutes les acquisitions de la médecine moderne.

Plus les progrès s'accroissent, plus le décalage prend des proportions monstrueuses. Chaque jour apporte sa pierre à l'édifice et l'on voit reculer peu à peu les limites de la responsabilité humaine. Bases toxi-infectieuses des constitutions morbides. Troubles acquis du sens moral. Influence pathologique des émotions. Action des sécrétions internes sur l'activité, le comportement et surtout sur les défauts humains, autant de notions capitales bien inconnues à l'époque de l'élaboration du Code pénal et qui posent maintenant pour chaque cas des problèmes infiniment complexes réclamant des solutions nuancées.

Le code pénal n'a pas prévu les solutions nuancées ; responsabilité ou irresponsabilité — prison ou asile ; entre ces deux extrêmes, dont l'un est par essence rigoureusement réservé aux malades mentaux caractérisés il n'y a rien, sinon la possibilité d'une mise en liberté immédiate d'un individu redoutable par essence ou encore celle d'une diminution de peine sous un fallacieux prétexte de responsabilité atténuée.

Dans de telles conditions, on conçoit que beaucoup d'experts soucieux de

protection sociale et attentifs à ne fournir que des conclusions pratiques, soient amenés à se conformer à des règles doctrinales conventionnelles, règles qui ont le mérite d'être commodes, mais qui ont le tort de pouvoir être aisément battues en brèche par un adversaire quelque peu informé des progrès scientifiques et moins soucieux des nécessités de la défense de la société.

Pour remédier à cet état de choses défectueux, voici qu'on nous propose d'instituer l'expertise mentale contradictoire. Au premier abord, cette innovation ne paraît guère devoir aplanir les difficultés en cause. Quoi qu'il en soit, examinons les arguments.

C'est le tribunal qui nomme l'expert, déclarent les promoteurs de la réforme ; l'expert est donc amené consciemment ou non, à faire le jeu du tribunal, donc de l'Accusation, qui l'a commis. Il y a de ce fait, en face, une lacune défavorable à l'accusé ; il faut en bonne justice, combler cette lacune et laisser également à la défense le choix d'un expert qui contredira le premier.

C'est à cela que se réduit à peu près toute l'argumentation des promoteurs de la réforme. Il n'y a pas lieu de retenir à notre avis l'argument ayant trait à l'incompétence de certains experts ; s'il y a des experts incompetents, il ne doit pas être besoin de mettre en branle la formidable machine de l'expertise contradictoire pour les éliminer.

Quant aux détracteurs de la réforme, ils ont, eux aussi, leurs arguments. Un expert, disent-ils, est par essence au-dessus des parties, c'est le tribunal qui le désigne et non pas l'Accusation ; il ne doit y avoir aucune confusion entre les rôles. Quant à la mission de l'expert, elle est et sera toujours d'éclairer impartialement la justice.

Or, l'expert de la défense, de quelque façon qu'on le conçoive aura, lui, une mission à sens unique si l'on peut ainsi s'exprimer ; cette mission consistera à relever, soit dans le dossier, soit dans les antécédents, soit dans l'examen, pour les monter en épingle, tous les faits importants ou non, tous les épisodes, tous les symptômes nets ou frustes, propres, sinon à éclairer un diagnostic, du moins à jeter un doute (et c'est cela qui est important) sur la valeur de la mentalité de l'accusé.

En face de lui, l'expert du tribunal soucieux tout à la fois des intérêts de l'accusé et des nécessités de la défense sociale, animé, lui, du véritable esprit médico-légal, continuera comme par le passé à baser ses conclusions sur une doctrine conventionnelle.

D'un côté donc, recherche systématique de tout ce qui pourra être utile à la défense de l'inculpé, de l'autre côté, application d'une doctrine conventionnelle, rejet de tout ce qui est matière à l'hypothèse dans le cadre de la responsabilité pénale. Entre les deux experts partant de points de vue aussi différents, l'accord sera presque toujours impossible quoi qu'on en ait dit. Un arbitre sera indispensable dans la grande majorité des cas et, comme c'est le juge qui très souvent sera appelé à le choisir, on retombera dans l'état de choses actuel.

Par ailleurs, il faut un peu penser au Jury, souvent mal préparé à comprendre des explications scientifiques, au jury qui ne réclame qu'une mise au point courte, simple, claire et qui s'effacera devant ces grandes et obscures dissertations contradictoires aboutissant à des conclusions opposées. La victoire risquera de revenir à celui qui aura le mieux parlé et en matière de science, cette éventualité est profondément déplorable.

En somme, l'expertise mentale contradictoire n'est nullement la panacée

que certains ont voulu voir en elle. La divergence extrême et quasi-obligatoire des points de vue des experts la rend impossible en fait. Peut-on rêver que quelque jour cette divergence pourra venir à s'atténuer, que tous les experts animés d'un même esprit médico-légal consentiront à se soumettre à une doctrine universellement reconnue et acceptée ? Non. Ce n'est qu'un rêve. L'expertise mentale contradictoire sans la discussion, n'aurait plus aucune signification pour ses partisans, puisque c'est la discussion qui doit servir à amorcer dans l'esprit des jurés le doute peut-être favorable à l'accusé, mais bien dangereux pour la protection sociale.

En définitive, il apparaît que c'est d'un tout autre côté qu'il faut concentrer nos efforts. C'est une réforme différente, bien autrement féconde celle-là, qu'il faut s'efforcer de réaliser : nous voulons parler d'une loi de Défense sociale telle que celle qui fonctionne actuellement en Belgique, à la satisfaction unanime. Il s'agit là d'une loi juste, raisonnable, humaine, qui, tenant compte des progrès de la science, réalise l'accord entre l'idéal charitable et les nécessités de la protection sociale. C'est là la seule réforme intéressante à réaliser, c'est là la seule qui soit capable de redonner toute sa valeur à l'expertise psychiatrique criminelle. Les joutes oratoires qu'on nous propose, si brillantes soient-elles, ne pourraient jamais tenir une telle place.

DISCUSSION

M. CROUZON (de Paris). — Je ne suis pas partisan de l'expertise mentale contradictoire. Elle ne résoudrait pas les difficultés que certains trouvent dans l'expertise telle qu'on la pratique actuellement. Ces difficultés proviennent, en effet, des causes suivantes :

1° Ce sont les divergences de doctrine sur la responsabilité. Or, ces divergences pourraient être discutées et aplanies dans des réunions de psychiatres et non par un texte de loi.

2° Elles proviennent de l'insuffisance des moyens d'observation des inculpés. A cette insuffisance, on pourrait remédier par la création d'annexes psychiatriques, comme l'ont demandé depuis longtemps MM. Claude, Ceillier et Blaque-Belair.

3° Elles proviennent de l'absence d'organisations susceptibles de recueillir les inculpés qui ne sont justiciables ni de la prison, ni de l'asile. Il y aurait lieu de s'inspirer en France de la loi belge de défense sociale et de prévoir l'individualisation de la peine.

4° La liste des experts devrait être établie plus judicieusement. Si ces améliorations étaient réalisées, l'expertise mentale offrirait plus de garanties, sans qu'il soit besoin de demander qu'elle soit contradictoire.

Au surplus, on nous oppose en France l'instruction contradictoire. Or, dans l'instruction, il n'y a pas un juge de l'accusation et un juge de la défense. Il n'y a donc pas lieu d'établir une analogie avec une instruction qui n'est nullement contradictoire. On nous objecte aussi qu'à l'étranger l'expertise est contradictoire. Or, dans certains exemples qu'on nous cite, le médecin choisi par la défense, n'assiste à l'expertise que comme le témoin compétent dont parle Brouardel, ou conseiller technique, ou comme médecin avocat. Tout au plus pourrait-on admettre la présence à l'expertise d'un médecin de l'inculpé, par analogie avec ce qui se passe dans les expertises des pensions militaires, des accidents du travail ou de droit commun. Mais je n'en vois pas la nécessité absolue. Et de toute façon, pour les raisons que je viens d'exposer, j'estime qu'il n'y a pas lieu de demander l'expertise

contradictoire, pas plus pour l'expertise mentale que pour les autres expertises.

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine), après avoir félicité MM. Raviart et Vullien de leur rapport si clair, si impartial et si méthodiquement exposé, s'attache à la discussion du projet de loi Jean-Cruppi sur l'expertise contradictoire voté par la Chambre des Députés le 30 juin 1899. Rappelant que chaque fois que plusieurs experts sont désignés (ce qui pourrait sans inconvénient majeur devenir la règle), l'expertise est, en fait, « contradictoire », il voudrait voir disparaître ce mot du titre d'un projet de réforme de l'expertise. Il discute successivement pourquoi est demandée la réforme de l'expertise et comment, à son avis, il pourrait y être procédé. Il rappelle que l'expertise n'est pas seule responsable des critiques qu'on lui adresse, critiques dont certaines visent les conditions regrettables dans lesquelles l'expert doit accomplir sa tâche, l'insuffisance aussi et l'anachronisme des solutions offertes aux conclusions de l'expert. « Il est paradoxal, ajoute-t-il, que l'acte médical sans doute le plus important pour la Justice s'accomplisse dans des conditions qu'elle jugerait légères, qu'elle assimilerait peut-être à des fautes lourdes si elle avait à les apprécier lors d'une revendication concernant un acte médical ordinaire. »

Après avoir donné les raisons pour lesquelles il déplorerait la désignation par l'inculpé lui-même de la moitié des spécialistes chargés de juger de sa responsabilité, il montre qu'il existe un certain parallélisme entre ces raisons et les objections, à son avis injustifiées, que l'on fait au mode actuel de désignation des experts. Aussi, admettant comme un fait le désir exprimé « par l'opinion publique, par des juristes, par des législateurs, par des médecins et par les rapporteurs » d'une réforme de l'expertise, suggère-t-il quelques modifications au projet de loi Cruppi. Les qualités nécessaires à l'expert psychiatre, qualités au premier rang desquelles il place la compétence, l'intégrité, le jugement et le caractère expliquant le soin particulier avec lequel il convient d'établir les listes. M. René Charpentier expose comment pourraient être établies, avec la collaboration des Facultés et Ecoles de Médecine et de Sociétés Scientifiques spécialisées, les listes de présentation soumises aux Cours d'Appel. Il appartiendrait, en dernier ressort, aux Cours d'Appel, après enquête et suivant des règles préétablies, de dresser chaque année, sur ces présentations, la liste des experts, liste beaucoup plus longue que la liste actuelle.

Pour le choix des experts sur cette liste, dans une affaire donnée, repoussant la désignation directe par l'inculpé, tenant compte des objections faites à la désignation directe par le magistrat, éliminant enfin la désignation par ordre alphabétique ou par tirage au sort qui ne donnent pas toutes garanties, il suggère de choisir les experts sur la liste, comme les Cours d'Assises choisissent les jurés, en accordant au magistrat qui ordonne l'expertise et à l'avocat de l'inculpé, un même nombre de récusations (trois par exemple). Ce procédé qui ne constitue pas une innovation juridique ne risquerait de conduire à aucune aventure et serait susceptible d'apporter tous apaisements à ceux à qui la désignation directe des experts par l'inculpé, ou par ce qu'on a appelé l'accusation, inspire des doutes ou des craintes.

En terminant, M. René Charpentier exprime le vœu que, pour tout crime passible de la peine de mort, soit obligatoirement ordonnée une expertise psychiatrique, conformément aux dispositions de la loi Briggs qui, dans l'Etat de Massachusetts, fonctionne depuis 1927 à la satisfaction générale. Lorsqu'il s'agit de disposer de sa vie, cette garantie supplémentaire de justice est due à l'inculpé.

MM. N. MINOVICI et J. STANESCO (de Bucarest) n'admettant pas la pratique de l'expertise contradictoire, relatent un cas assez intéressant à ce point de vue, dans lequel le dossier judiciaire contient deux rapports médico-légaux, signés respectivement par six médecins : l'un de ces rapports arrive à conclure à un état d'irresponsabilité (il s'agit d'une érotomane revendicatrice à base paranoïaque constitutionnelle), l'autre, qui affirme dans ses conclusions l'intégrité parfaite des facultés psychiques, par conséquent de complète responsabilité. Une expertise mentale contradictoire, vient sans doute, en contradiction avec le prestige médical, la valeur scientifique des médecins ne peut pas être appréciée par « les juges. » réunis au hasard ou les membres hétérogènes, d'une Cour d'Assises. On doit, en même temps, appuyer sur ce fait, que la vérité juridique doit être une et la médecine légale ne peut présenter les vérités scientifiques que sous une seule forme, la moins relative.

M. LE GUILLANT (de la Charité-sur-Loire) rappelle les arguments et les conclusions de son article, « Contre l'expertise contradictoire », paru dans l'*Aliéniste Français* de mars 1934, et en signale à nouveau les graves dangers : surspécialisation « d'experts de la défense », discrédit de l'expertise mentale, verdicts dangereux rendus dans la confusion et malgré l'inexistence actuelle de toute mesure de préservation contre les anormaux délinquants. Il estime que, dans la très grande majorité des cas, l'expert n'est pas, comme on l'en accuse, un expert de l'accusation, mais un expert de l'instruction, ou mieux, un expert tout court. Les exceptions à cette attitude générale des experts peuvent être évitées par le tirage au sort, en présence de la défense, sur une liste établie soigneusement, de trois experts pour toutes les affaires importantes. Cette façon de faire qui assure l'impartialité et l'indépendance des experts lui paraît la condition nécessaire mais suffisante pour que des médecins qualifiés, n'apportent pas dans leur mission une plus grande part d'erreur que ne le comporte la condition humaine. Il n'est pas d'avis d'instituer un droit de récusation par le Ministère public et la défense parmi les experts tirés au sort, ainsi que le propose le Dr René Charpentier. Il estime que ce droit permettrait précisément de faire pression sur les experts, ce qu'il s'agit d'éviter. Les « experts moyens », qui seuls éviteraient la récusation, ne seraient pas forcément les meilleurs. Enfin, certaines réformes, pour être réalisées, certaines thèses pour atteindre l'opinion publique, ont peut-être besoin d'être illustrées par des exemples graves et vivants ainsi que de la vaste audience d'une Cour d'Assises. Il est souhaitable que leurs promoteurs ou leurs partisans puissent se faire entendre.

M. René CHARPENTIER, rappelant qu'il s'agit, non de présenter une thèse à l'opinion publique, mais d'un acte médical dont les conséquences sont d'une importance primordiale pour l'inculpé et pour la Société, estime que la limitation du nombre des récusations sur une liste d'experts élargie permet d'éliminer la crainte qui vient d'être exprimée. Seuls risqueraient peut-être d'être systématiquement récusés, les experts — et il n'en existe pas — qui seraient « systématiquement répressifs » ou « systématiquement indulgents ». Serait-ce à regretter ?

VŒUX : A la suite de cette discussion, les membres du Congrès expriment des vœux condamnant le principe de l'Expertise Contradictoire (projet de loi Jean Cruppi), demandant l'élargissement de la liste des experts et l'application en France des dispositions analogues à celles de la Loi Belge de Défense Sociale.

COMMUNICATIONS

L'orientation de l'eugénique moderne.

M. H. PAUCOT (de Lille), après avoir souligné la nécessité pour le praticien français de prendre position dans les débats sur l'Eugénique, groupe en trois catégories les moyens employés jusqu'à présent pour améliorer la race. Les uns sous le nom d'Eugénique négative ou destructive, visent à s'opposer à la reproduction des individus tarés physiquement ou moralement, telle la stérilisation, le veto matrimonial, le birth control, l'avortement légal. D'autres, sous le nom d'Eugénique positive, tendent à favoriser la naissance des individus forts et bien doués ; les difficultés d'application de ces moyens sont considérables. D'autres enfin, que l'on peut réunir sous le vocable d'Eugénique *corrective* ou *éducative*, se proposent d'améliorer les conditions individuelles de la procréation et de tirer le meilleur parti possible des capitaux humains dont on dispose. Pour y parvenir, ils entendent faire l'éducation des individus et des couples et veulent mettre à leur disposition, en les synchronisant, les œuvres de prophylaxie sociales (consultations des maladies héréditaires, consultations préconceptionnelles, prénatales, des nourrissons, etc.).

Homicide commis par un paralytique général malarisé.

MM. G. VERMEYLEN et P. VERVAECK (de Bruxelles) rapportent un cas d'homicide altruiste, suivi de tentative de suicide, commis par un malade impaludé. Le patient avait gardé, après le traitement, un fond mental démentiel et des idées délirantes mélancoliques. Le suicide des paralytiques généraux est réputé rare et l'homicide exceptionnel. Fait intéressant, le liquide céphalo-rachidien était redevenu normal. On ne peut attribuer au syndrome humoral de la paralysie générale de valeur au point de vue médico-légal.

L'inscription sur la liste des médecins experts près les tribunaux des médecins des asiles ayant moins de cinq ans d'exercice professionnel.

M. LE GUILLANT (de La Charité-sur-Loire) expose la situation injustifiée et absurde dans laquelle se trouvent placés les jeunes Médecins des Asiles, les experts ne pouvant être choisis que parmi les Médecins ayant exercé pendant cinq ans ou pourvus du diplôme de Médecine légale et de Psychiatrie. Aussi les jeunes Médecins des Asiles, bien que depuis longtemps spécialisés, nommés après un concours comportant des épreuves théoriques et cliniques de médecine mentale, chargés de décider du maintien des sujets internés dans leurs services, ne peuvent être commis dans les expertises mentales. L'auteur demande au Congrès d'émettre le vœu que les Médecins des Asiles en exercice bénéficient des mêmes avantages en matière d'expertise mentale que les titulaires du diplôme de Médecine légale et de Psychiatrie.

ORGANISATION DU PROCHAIN CONGRÈS

Le XX^e Congrès international de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française aura lieu en 1935, à Bruxelles, sous la présidence de M. le Professeur HEGGER-GILBERT.

FRIBOURG-BLANC.

Congrès Hollando-Belge de Psychiatrie et de Neurologie

Amsterdam (19-21 Mai 1934).

Présidence : Prof. Dr C. U. ARIENS KAPPERS (d'Amsterdam)

Ce premier Congrès hollando-belge, destiné à assurer une collaboration scientifique plus étroite entre psychiatres et neurologues de cultures différentes, réunissait les membres de la Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie, de la Société de Médecine mentale de Belgique, de la Société belge de Neurologie et de la Vlaamsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie.

Cette réunion bilingue, dont les travaux seront publiés dans les *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, a obtenu le plus vif succès.

I. RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les neuro-anémies, par M. le Prof. P. VAN GEHUCHTEN (de Louvain).

Dans une étude très complète et très documentée, l'auteur montre que l'association d'anémie et de troubles du système nerveux est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, au point que le syndrome neuro-anémique est l'affection que l'on rencontre le plus souvent après le tabes et la sclérose en plaques.

Au point de vue neurologique, les lésions peuvent prédominer au niveau de la moelle, du cerveau ou des nerfs périphériques, donnant naissance soit à la myélite funiculaire ou dégénérescence combinée, soit aux formes mentales, soit à la polynévrite anémique.

L'auteur étudie successivement ces divers syndromes, en se basant sur les données de la littérature et sur de nombreuses observations personnelles. Il fait une place à part à la dégénérescence combinée subaiguë ou myélite funiculaire avec *anémie fruste* ou *sans anémie*. Les troubles nerveux peuvent, en effet, précéder pendant longtemps l'apparition des signes hématologiques. Cependant l'opinion, d'après laquelle il n'y aurait pas de myélite funiculaire sans anémie, est certainement exagérée.

Le début de l'affection est caractérisé par des paresthésies. C'est là un symptôme très important pour un diagnostic précoce. A la période d'état, les troubles de la sensibilité profonde et la parésie des membres inférieurs viennent s'ajouter aux paresthésies, réalisant une véritable triade symptomatique.

Au point de vue hématologique, le trouble sanguin le plus fréquemment rencontré est celui de l'anémie pernicieuse idiopathique. On peut trouver, cependant, les symptômes nerveux associés à des anémies pernicieuses de cause apparente (anémie botriocéphalique, gravidique, par sténose intestinale, etc.) et au groupement parabiermérien (sprue, pellagre). On peut, exceptionnellement, voir l'association de symptômes nerveux et d'anémie secondaire.

Symptômes nerveux et symptômes hématologiques peuvent évoluer isolément, ce qui prouve leur indépendance réciproque, mais à la base de l'un et l'autre trouble il doit y avoir un facteur commun. La lésion caractéristique de la neuro-anémie est la dégénérescence vacuolaire de la substance blanche. La formation de vacuoles est due à l'atteinte combinée du cylindraxe et de la myéline. Cette lésion n'est pas pathognomonique des syndromes neuro-anémiques. La localisation des lésions dans le système nerveux est peut-être conditionnée par la topographie vasculaire.

Lésions nerveuses et lésions du sang paraissent être la conséquence d'une véritable carence. L'anémie pernicieuse et les syndromes neuro-anémiques doivent être considérés comme des maladies carencielles. A l'état normal, le facteur antipernicieux existe dans le suc gastrique. En cas d'insuffisance de ce facteur, on voit survenir dans l'organisme des symptômes graves que l'on croit pouvoir attribuer à un trouble du métabolisme des lipoides.

La conséquence de cette dyslipoidie se traduit soit par des lésions du sang, soit par des lésions du système nerveux, soit plus souvent par l'association de lésions du sang et du système nerveux. Le syndrome complet est réalisé par la myélite funiculaire neuro-anémique.

Le traitement par le foie et ses extraits ou par la poudre d'estomac a une action curative certaine sur le trouble du sang. Son efficacité est moins constante sur les troubles nerveux. Dans une proportion notable des cas, ce traitement longtemps et énergiquement poursuivi améliore les symptômes nerveux ou arrête leur évolution.

DISCUSSION

M. le Prof. L. BOUMAN (d'Utrecht) a étudié la myélite funiculaire, surtout du point de vue anatomo-pathologique. Il souligne l'importance de la forme décrite par le rapporteur sous le nom de myélite funiculaire avec anémie fruste ou sans anémie.

L'évolution de ces cas paraît être beaucoup plus lente. Il est remarquable que les bras soient le plus souvent épargnés, malgré la localisation haute des lésions principales.

Bouman signale les causes d'erreurs qui peuvent intervenir dans les examens du sang et du suc gastrique. D'autre part, des lésions analogues à celles décrites par le rapporteur se retrouvent dans d'autres affections et dans certaines intoxications, notamment le saturnisme. Il faut donc envisager la possibilité d'une action toxique affectant à la fois le système nerveux et le sang. Les anémies secondaires à certains cancers, et qui peuvent s'accompagner d'un syndrome neuro-anémique montrent l'importance du facteur toxique, agissant dans ces cas en dehors de toute carence et de tout élément pernicieux. La topographie souvent périvasculaire des lésions confirme cette notion.

Toutefois, il est certain qu'un élément endogène intervient également, et M. Bouman relate à ce propos un cas très curieux qui montre que cet élément pourrait être en rapport avec des troubles endocriniens.

Il est à remarquer, en outre, au point de vue anatomo-pathologique, que les foyers gliaux ne sont jamais aussi développés que dans les processus toxiques purs, et que d'autre part la « myélose » décrite n'est pas spécifique de l'anémie pernicieuse. Enfin, on rencontre parfois des cas qui se présentent cliniquement comme une polynévrite pure et dont l'autopsie révèle une myélite funiculaire typique qui ne s'était pas manifestée.

M. M. MOREAU (de Liège) apporte 14 cas personnels de syndromes neuro-anémiques longtemps suivis et envisagés principalement au point de vue thérapeutique. Le traitement que la méthode de Whipple a été suivi d'une amélioration notable ou même de guérison, dans la moitié des cas. Ceci confirme les données du rapporteur, et montre l'importance capitale d'un diagnostic précoce : l'anémie n'avait été reconnue par le médecin traitant que dans 3 cas sur 14, et il s'agissait évidemment des cas les plus graves.

M. J. DE BUSSCHER (de Gand) se déclare également très optimiste quant à l'efficacité du traitement. Sur quatre nouveaux cas il a enregistré quatre succès, par le traitement au foie combiné aux extraits injectables. Il signale un cas d'amélioration nerveuse survenu avant toute amélioration du sang.

M. G. VERMEYLEN (de Bruxelles) envisage le point de vue psychiatrique de la question. Il s'agit de troubles mentaux assez frustes comparables à ceux qu'on rencontre dans beaucoup de maladies chroniques. Les formes psychiques sont plutôt rares ; sur environ 4.000 malades mentaux observés dans ces dernières années, Vermeulen n'a rencontré que 4 cas de psychoses vraies liées à un état anémique. Leur symptomatologie était variable. La maladie révèle parfois un état constitutionnel.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. P. VAN GEHUCHTEN remercie les orateurs qui ont apporté des compléments à son rapport. Il approuve les réserves formulées par M. L. Bouman, concernant les causes d'erreurs dans les résultats des analyses nécessaires au diagnostic des formes frustes. Cependant le reste de l'examen importe également et il faut pouvoir écarter toute autre étiologie. En ce qui concerne l'influence d'un élément toxique, celui-ci paraît évident dans certains cas, notamment dans les formes secondaires à un état cancéreux, mais il faut reconnaître que l'étiologie même de l'A. P. et les effets du traitement cadrent assez mal avec l'hypothèse toxique. Un phénomène de carence paraît plus probable dans la majorité des cas. Si la topographie périvasculaire des lésions n'est pas rare, celles-ci débutent très souvent aussi, loin des vaisseaux, et sont en tous cas indépendantes de l'état anatomique de la paroi vasculaire. Ce fait est plutôt en faveur d'une origine carentielle.

II. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le syndrome schizophrénique considéré comme régression génétique,
par M. le Prof. K. H. BOUMAN (d'Amsterdam).

L'auteur envisage le problème de la schizophrénie du point de vue clinique d'une part et psychologique de l'autre. Il montre d'après les données de la littérature et d'après les résultats de ses recherches personnelles, que dans les cas de schizophrénie choisis parmi les plus typiques, parmi ceux dont le diagnostic clinique ne peut prêter à aucune discussion, on trouve dans le cortex cérébral (et parfois aussi dans les corps striés), une dégéné-

rescence des cellules ganglionnaires qui, en ce qui concerne le cortex, prédomine d'une manière frappante sur les couches III et V. Les mêmes lésions peuvent se retrouver, mais moins intenses, dans la couche VI, et d'une manière plus discrète encore dans la couche IV. Les données sont incertaines en ce qui concerne la couche II.

Cette nécrose cellulaire est indépendante de tout processus inflammatoire ou de lésions vasculaires, et ne s'accompagne d'aucune réaction névroglique importante.

L'étude de la répartition en surface de ces lésions montre qu'elles siègent surtout dans les champs 10-44-45-46-47-42-31-38-40-39-37. La circonvolution frontale médiane, le territoire frontal agranulaire et la corne d'Ammon, sont moins affectés. Les autres territoires corticaux sont toujours indemnes.

Il résulte de ces faits que tant en profondeur qu'en surface, *le processus pathologique affecte électivement les organes du cerveau, phlogénétiquement les plus jeunes.*

D'autres tissus de l'organisme peuvent présenter également dans la schizophrénie des modifications d'ordre régressif, comme par exemple les glandes génitales. Il s'agit dans les deux cas de tissus qui sont le siège d'échanges très actifs, et peuvent être considérés comme une sorte de « matrice » dont l'élan vital pourrait être entravé par suite d'un anabolisme insuffisant, par troubles des échanges cellulaires. Cette manière de voir concorde avec l'hypothèse déjà ancienne et très vraisemblable, que la cause de cette psychose serait en rapport avec des processus d'auto-intoxication, et avec le fait que le syndrome schizophrénique peut se retrouver dans d'autres psychoses, chez des individus qui présentent constitutionnellement une plus grande vulnérabilité de ces organes.

On peut considérer que les lésions cérébrales de la schizophrénie ramènent le cerveau tout entier à un niveau ancestral, qu'il s'agit donc d'une sorte de « régression ». Il y a relâchement du frein cortical et sous-cortical, il se produit dans les fonctions « supérieures » des akinésies et des hyperkinésies, des troubles de la « formation des mots » et par conséquent des processus de pensée, lesquels sont précisément basés surtout sur le mot.

Dans la seconde partie de son rapport, l'auteur examine les travaux de ceux qui ont envisagé le problème de la schizophrénie en partant de données uniquement psychologiques et dont la psychanalyse représente le type le plus pur.

Il montre que ces auteurs sont arrivés également à considérer la symptomatologie schizophrénique comme une fixation de positions prises autrefois à l'égard du monde extérieur, comme la réactivation de stades de développement déjà parcourus. Le schizophrène régresse au stade au cours duquel se forme le « moi » qui règle le contact avec le monde extérieur. Il doit donc se produire une « rupture » avec le monde extérieur ; la psychée se détourne de la réalité et le malade s'isole. Cette désagrégation remet en action des formes de pensée « archaïque » et « hétérologique », il reparait des « personnifications ».

L'hallucination représente l'activité d'un territoire cortical à un stade où perception et conception ne sont pas encore séparées.

De nombreuses analogies existent entre les facultés psychiques des « primitifs » et celles des schizophrènes. L'étude de la psychologie des masses, de l'art des primitifs, des enfants et des schizophrènes fournit à ce sujet des données suggestives.

Psychologiquement comme anatomiquement, le syndrome schizophrénique peut donc être considéré dans un certain sens comme une régression, et il est remarquable de constater qu'en partant de points diamétralement opposés, l'histo-pathologiste et le psychanalyste sont arrivés à des résultats concordants.

DISCUSSION

M. le Prof. P. DIVRY (de Liège) est d'accord avec le rapporteur sur la nécessité d'étudier le syndrome schizophrénique d'un point de vue anatomo-clinique. Il ne faut pas perdre de vue cependant la possibilité d'une évolution *propre* des perturbations psychiques. L'orateur fait remarquer en outre :

1° que les cas « purs » sont rares et qu'on rencontre souvent aussi chez des sujets normaux des lacunes dans les couches du pallium ;

2° que les régions atteintes dans la schizophrénie, tant en profondeur qu'en surface, sont des régions particulièrement fragiles et vulnérables que l'on trouve lésées également dans beaucoup d'autres affections cérébrales ;

3° que les données diffèrent parfois d'après les auteurs et qu'on a décrit dans la schizophrénie des lésions de territoires philogénétiquement plus anciens ;

4° que des lésions mésenchymateuses ont été décrites également ;

5° qu'en ce qui concerne le côté psychologique du problème, la pensée schizophrénique présente certes souvent des analogies avec la pensée primitive, mais qu'on observe fréquemment aussi des symptômes d'intellectualité exagérée, comme par exemple la rumination philosophique. La symptomatologie schizophrénique est difficile à exprimer en une seule formule. Il s'agit souvent d'une véritable « dyspraxie » du travail psychique.

Il faut mettre l'accent sur le facteur *désagrégation* au moins autant que sur le facteur *régression*.

M. le Prof. G. VERMEYLEN (de Bruxelles) fait des réserves en ce qui concerne la comparaison entre la pensée schizophrénique et la pensée infantile, qui présentent à son avis plus de différences que d'analogies. La première représente une sorte d'automatisation de la vie psychique, qui atteint surtout les fonctions les plus supérieures comme on le voit parfois aussi chez les vieillards. L'allure clinique est souvent celle d'un vieillissement rapide plutôt que d'une régression.

M. WESTERMAN (d'Amsterdam) rappelle l'attitude de Freud vis-à-vis des problèmes histo-pathologiques, et insiste sur le symptôme de l'hallucination qui peut très bien être considéré comme une régression. Le schizophrène fait de la régression et sa mentalité ressemble souvent à celle de l'enfant et du primitif, moins l'introversion.

M. le Prof. VAN DER SCHEER (de Groningue) fait remarquer que le syndrome schizophrénique apparaît à la suite de lésions souvent très différentes et que le groupe des schizophrènes est très disparate, mais il est certain que si l'on peut leur trouver une base anatomique, celle-ci sera de nature à éclairer leur pathogénie.

M. F. SCHMIDT (de Venray) demande au rapporteur si dans son matériel il a rencontré des lésions importantes au niveau de la région granulaire de l'insula dont une partie (subregio tenugranularis) spécifique à l'homme, serait en rapport avec la fonction de la parole. Celle-ci est fréquemment troublée dans la schizophrénie.

M. le Prof. C.-U. ARIËNS KAPPERS (d'Amsterdam) insiste sur l'intérêt des constatations anatomo-pathologiques signalées par le rapporteur lorsqu'on les envisage en rapport avec le développement du cortex et avec les processus biochimiques qui se jouent précisément au niveau des couches les plus atteintes.

Les champs 41 et 42, qui sont d'origine très ancienne mais cependant très spécialisés chez l'homme, sont fréquemment lésés. S'il s'agit d'une fragilité spéciale de ces organes, comme l'a dit M. Divry, la manière dont ils sont attaqués est cependant bien différente de ce qu'on voit dans d'autres affections.

M. le Prof. CARP (de Leiden) rappelle les difficultés qu'on éprouve souvent à interpréter la symptomatologie clinique en rapport avec les lésions anatomiques et pense que ce problème est particulièrement délicat dans le cas des affections de l'esprit.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. le Prof. BOUMAN remercie les orateurs et constate que l'accord est réalisé sur le principe du point de départ anatomique dans l'étude de la schizophrénie.

Bien que les dégénérescences cellulaires observées n'aient aucun caractère spécifique, elles diffèrent néanmoins dans leur distribution en profondeur de celle de la maladie de Pick par exemple. D'autre part, la différence faite par M. Divry entre désintégration et régression n'est pas absolue et les deux processus peuvent se confondre.

En ce qui concerne l'analogie avec la pensée infantile, il est bien certain qu'il ne faut pas être absolu ; on peut comparer certaines tendances sans pour cela assimiler les formes de pensée en question les unes aux autres. Dans les dessins des enfants et dans l'art primitif, les traits communs sont manifestes, et ils n'ont rien à voir avec le monde extérieur.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Méningo-encéphalite saturnine,

par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA (de Bruxelles).

Relation du cas d'un typographe qui présentait depuis une dizaine d'années les manifestations générales du saturnisme, lorsqu'il fut brusquement atteint de troubles mentaux graves d'allure confusionnelle, alors qu'il avait depuis longtemps abandonné son métier. La ponction lombaire révélait l'existence d'une vive réaction méningée.

Il est probable que ces accidents cérébraux, relativement rares, résultent de la libération brusque dans le torrent circulatoire du plomb emmagasiné dans le squelette à l'état de phosphate insoluble, à l'occasion d'une modification humorale et de variations de la perméabilité méningée.

Le mécanisme de quelques réactions cérébrales optiques,

par M. G. G. J. RADEMAKER (d'Utrecht).

L'auteur relate les résultats des expériences très précises qu'il a entreprises chez le chien pour étudier les mécanismes corticaux et sous-corti-

caux de certains réflexes optiques, à savoir : 1° le nystagmus optokinétique ; 2° le réflexe de clignement à la menace ; 3° le réflexe des pattes à l'approche d'un obstacle ; 4° le réflexe de regarder et de suivre un objet en mouvement.

Présentation de chiens opérés, dont les réactions très démonstratives, permettent de se rendre compte des régions de l'aréo-striata qui interviennent dans ces divers réflexes.

Ataxie pariétale consécutive à un traumatisme, par MM. CHRISTOPHE et MOREAU (de Liège).

Six mois après un traumatisme crânien ayant entraîné une fracture des deux pariétaux se déclare chez un homme de 25 ans, un syndrome post-commotionnel tardif avec troubles mentaux : paraparésie spastique sans Babinski troubles sensitifs, dysmétrie et asynergie aux membres inférieurs, signe de Romberg, démarche ataxo-spasmodique.

L'encéphalographie montrait un abaissement et un déplacement médian du ventricule droit.

Les auteurs croient pouvoir rapporter à la lésion pariétale les symptômes présentés par le blessé.

Arachnoïdite de la fosse postérieure avec blocage complet du canal rachidien, par M. J. De BUSSCHER (de Gand).

Relation du cas d'un homme de 27 ans qui à l'âge de 4 ans avait été atteint d'une affection méningée très grave, en apparence complètement guérie. Il présenta brusquement, quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, des troubles mentaux à allure de moria avec attitudes cataleptoïdes, suivis bientôt de paraplégie graduelle.

La ponction lombaire montra une chute rapide de la pression avec signes de blocage, et trois ponctions de la grande citerne restèrent blanches. Le diagnostic d'arachnoïdite fibreuse fut confirmé par l'intervention ; après avoir présenté une amélioration passagère, le malade succomba, et l'autopsie démontra l'existence d'une arachnoïdite ancienne extrêmement développée au pourtour du trou occipital, ainsi que d'une péricardite. L'auteur pense que l'affection s'explique par le blocage fortuit d'une circulation arachnoïdienne, entravée depuis l'affection de l'enfance.

Chorée de Huntington sans mouvements choréïques, par M. A. LEROY (de Liège).

Présentation de l'arbre généalogique d'une famille fortement tarée, dans laquelle les cas de chorée de Huntington et de troubles mentaux sont nombreux. Deux sœurs issues de cette famille présentent un syndrome caractérisé par des troubles de la démarche, qui se fait sur la pointe des pieds, par de la raideur musculaire apparaissant seulement dans les mouvements passifs, par l'absence de mouvements choréïques et par une démence globale à évolution progressive.

Il semble donc que les mouvements choréïques soient remplacés dans ces deux cas par des troubles moteurs qui rappellent l'hypertonie post-encéphalitique.

Chorée de Huntington sans mouvements choréïques
par M. R. LE COULTRE (d'Amsterdam).

A l'occasion de la communication de M. Leroy, l'auteur présente une malade atteinte d'un syndrome analogue et issue également d'une famille dans laquelle les cas de Huntington sont nombreux.

Les troubles moteurs sont caractérisés par la lenteur des mouvements, l'aspect figé de la face, des troubles de la parole et une démarche un peu ataxique. Quelques mouvements brusques du diaphragme qui se produisent par intermittences, rappellent la chorée. Il existe un état démentiel assez accusé. Enfin, des signes d'insuffisance hépatique rapprochent le cas du wilsonisme.

Recherches sur certaines substances antagonistes de la bulbo-capnine,
par MM. P. DIVRY et EVRARD (de Liège).

Les auteurs se sont efforcés de déterminer l'origine corticale ou sous-corticale de l'inertie psycho-motrice bulbo-capnique du chat. Celle-ci se produit même chez le chat décérébré. Elle est interrompue tant chez le chat normal que chez le chat décérébré par l'injection intra-veineuse de morphine, d'héroïne ou d'apomorphine, qui excitent les centres sous-corticaux.

La caféine, d'autre part, qui semble être un excitant à action corticale prédominante, ne détermine qu'un léger réveil psychique du chat intoxiqué à la bulbo-capnine.

La strychnine, la picrotoxine, l'adrénaline par contre, ne possèdent aucune action antagoniste vis-à-vis de la stupeur bulbo-capnique du chat.

Le rôle dominant du cortex dans la catalepsie bulbo-capnique, admis par de Jong et Baruk, est donc loin d'être démontré. La bulbo-capnine pourrait agir au contraire principalement par intoxication des centres sous-corticaux. L'assimilation du syndrome observé chez le chat au syndrome catatonique de l'homme comporte de grandes réserves.

Catatonie biologique expérimentale, par M. H. de JONG (d'Amsterdam).

L'acétylcholine, l'intoxication par le CO_2 , certaines auto-intoxications, l'injection d'urée, la ligature de l'intestin, le jeûne prolongé, peuvent déterminer des symptômes catatoniques.

Il existe d'autre part, chez l'homme, une catatonie hormonale. L'urine contient une substance qui peut être extraite par le benzol, la catatonine, et qui existe en moins grande quantité chez les malades mentaux. La nicotine semble entraver l'élimination de cette substance.

L'auteur défend les conclusions de ses travaux antérieurs et démontre par la projection de films, le négativisme actif et passif de l'animal intoxiqué à la bulbo-capnine.

Contribution expérimentale à l'étude des caractères cliniques du tremblement parkinsonien, par MM. R. NYSSSEN et R. DELLAERT (d'Anvers).

Les auteurs ont étudié graphiquement l'influence des mouvements sur le tremblement des parkinsoniens essentiels, post-encéphalitiques et par artériosclérose.

Chez les premiers, leurs résultats confirment la conception classique du *tremblement de repos*.

Par contre, chez les mêmes malades, le tremblement augmente dans les membres non actifs. Ici donc, les auteurs se rencontrent avec les adversaires de la conception classique, de même que dans les épreuves d'effort mental et d'émotion.

Chez les encéphalitiques et dans l'artériosclérose, les résultats sont très variables, et il s'en suit qu'aucune des deux conceptions générales ne peut être maintenue.

Graphologie et mécanisme physiologique de l'écriture, par M. H. CALLEWAERT (de Bruxelles).

L'auteur fait la critique de la graphologie classique, et montre que l'écriture doit être étudiée au point de vue physiologique. Il s'agit d'un acte complexe dans lequel deux mouvements principaux se combinent : la fonction cursive et la fonction inscriptive.

Les troubles qui peuvent survenir dans l'écriture résultent généralement d'un manque de coordination entre ces deux ordres de mouvements.

L'auteur indique la technique qu'il convient d'adopter pour cette étude et pour la rééducation de la crampe des écrivains. Il s'élève contre les conceptions purement psychologiques des graphologues et montre par de nombreux exemples les erreurs qu'ils peuvent commettre.

Maladie d'Alzheimer, par MM. P. DIVRY et M. MOREAU (de Liège).

Etude anatomo-clinique très complète du cas d'un homme de 56 ans, dont l'affection a débuté à 41 ans par des troubles de l'orientation avec apathie et confusion, suivis de troubles du langage à caractère progressif caractérisés d'abord par de l'agnosie auditive avec paraphrasie, et à la fin par de l'écholalie avec logoclonies.

L'examen nécropsique révéla l'atrophie corticale diffuse caractéristique de la maladie d'Alzheimer, avec plaques séniles, surtout nombreuses au niveau du lobe frontal et lésions cellulaires de la dégénérescence dite neurofibrillaire. Ces deux ordres de lésions, en apparence très dissemblables, sont constituées essentiellement, comme l'a démontré Divry, par un précipité d'amyloïde.

Travail et tendances destructrices, par H. C. JELGERSMA (d'Utrecht).

L'auteur s'efforce de démontrer que les tendances destructrices des hommes conditionnent beaucoup de leurs actes. Sous l'influence de la conscience, elles sont généralement refoulées et sublimées.

Le sport doit être considéré comme une sublimation des tendances destructrices. Il en est de même des tendances érotiques. L'étude des cas pathologiques et des civilisations primitives conduit à la même conclusion. C'est pourquoi l'on a pu dire que le souffle destructeur est un souffle créateur.

La psychiatrie et le criminel, par M. H. VAN DER HOEVEN (d'Amsterdam).

Historique et critique des conceptions psychiatriques de la criminalité, de l'étude que l'on croit faire de la personnalité des criminels et des essais tentés pour leur rééducation.

Les troubles mentaux des criminels sont souvent les mêmes que ceux qu'on rencontre chez les aliénés non criminels. Les données purement psychiatriques ne peuvent plus guère nous faire progresser dans la connaissance du criminel. La psychiatrie n'a plus rien à apprendre à la criminologie, c'est plutôt l'inverse qui est vrai.

On oublie trop, à côté des causes psychiatriques de la délinquance, toutes les autres causes, dépendant de la personnalité, du milieu, des variations dans les conditions sociales.

Le syndrome schizophrénique aigu, par M. G. VERMEYLEN (de Bruxelles).

L'auteur envisage le syndrome schizophrénique à type réactionnel, caractérisé par un début brusque et par une évolution fugace, chez des sujets sans antécédents constitutionnels, et en dehors de toute autre affection cérébrale, en dehors aussi des états d'intoxication, d'infection ou d'épuisement. Il s'agit de malades qui, pour une cause de nature psychogène, présentent pendant un temps très court, un état schizophrénique, parfois même catatonique. On a donné à ces accès des noms divers tels que psychoses mélangées, hystérie, bouffées délirantes, etc. Ce sont en réalité des sujets qui manquent de frein psychique, et qui réagissent avec les quelques moyens psychopathiques que nous avons tous, et qui ne sont pas très nombreux. On peut distinguer des syndromes aigus interprétatifs, hallucinatoires et catatoniques.

**Analyse d'un cas de surdi-mutité apparente,
par M. H. G. VAN DER WAALS (d'Amsterdam).**

Relation du cas d'un jeune garçon de 10 ans, qui à la suite d'une otite survenue à 2 ans 1/2 avait perdu les notions de langage déjà acquises, et avait été considéré comme sourd même par un otologiste. L'examen psychologique démontra qu'il n'existait pas de surdité dès que le facteur intérêt entraînait en jeu. Cependant, ni la tendance, ni le désir d'apprendre à parler ne se manifestaient. Il articulait quelques sons au moyen desquels il arrivait à se faire comprendre, et l'on ne réussit à faire faire des progrès à l'enfant qu'en feignant de ne plus comprendre le langage rudimentaire qu'il s'était constitué. L'intelligence générale et certaines notions abstraites telles que la notion de nombres, étaient suffisamment développées. L'auteur termine par la projection d'un film cinématographique démontrant les particularités de l'examen de ce curieux cas.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Le Népenthicisme, par le Dr M. KLIPPEL (*Hippocrate*, mars 1934, page 267).

Le *Népenthès* que, selon Homère, Hélène avait reçu d'une Egyptienne, et dont elle compose, au IV^e Chant de l'*Odyssée*, un breuvage propre à dissiper la tristesse et à faire oublier les maux, est le premier en date des stupéfiants connus. Aussi, M. Klippel propose-t-il de désigner sous le nom de *népenthicisme* l'usage ou l'abus de substances plus ou moins toxiques employées dans le même but.

Avec Pline, Villoison, Pierre de Seine, Sprenger, M. Klippel tend à penser que le *népenthès* était une espèce de pavot d'Egypte. Diodore de Sicile rapporte que c'était un objet de commerce entre l'Egypte et Rome et que les femmes de Thèbes en faisaient usage. Il ajoute que les Ethiopiens Troglodytes en usaient pour se rendre insensibles à la douleur et à la crainte.

D'autres auteurs pensent qu'il s'agit du haschich, de l'*hyosciamus*, de l'espèce de chanvre d'Orient, qu'on appelle Bangi.

Quoi qu'il en soit, selon une loi générale, les poisons du système nerveux, excitants à faible dose, sont paralysants à doses plus fortes. Comme les substances analogues, le *népenthès* se manifesterait essentiellement et tout d'abord par des effets cénesthésiques agréables, par de l'euphorie. La double action de ces toxiques, ajoute M. Klippel, se révèle dans les œuvres littéraires des auteurs que l'on sait avoir usé d'un ou de plusieurs excitants qui se rapprochent du *népenthès* : les unes manifestent la stimulation, à faible dose, de la puissance idéale et imaginative, les autres présentent des troubles pathologiques et sont curieuses par leur subtilité, leur étrangeté parfois hallucinatoire et souvent incohérente.

Les effets de ces substances, à doses capables d'exciter l'activité intellectuelle, sont variables suivant les individus et ne font que favoriser le talent. Elles ne le créent naturellement pas. Et, si l'intelligence est le souverain bien, il suffit de la cultiver pour l'acquérir au degré que permettent les dons reçus à la naissance, et cela tout autrement que par l'usage de stimulants toxiques.

René CHARPENTIER.

Les encéphalopathies de la diphtérie, par R. MASSIÈRE. *La Presse Médicale*, n° 36, pp. 732-733, 6 mai 1933.

L'affinité de la toxine diphtérique pour les neurones périphériques ne doit pas faire perdre de vue la possibilité de lésions centrales. Cliniquement, on a surtout signalé la présence d'hémiplégies, parfois avec des phénomènes épileptiques, compliquant une diphtérie maligne. La toxine déterminerait des lésions cellulaires et des thromboses par artérite.

P. CARRETTE.

Sur l'encéphalomyélite post-typhique. Contribution à l'étude des encéphalomyélites para-infectieuses (Sobre la encefalomielitis post-tífica. Contribucion al estudio de las encefalomielitis para-infecciosas), par R. ALBERCA LLORENTE. *Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 12, pp. 346-352, 25 mars 1933.

L'encéphalomyélite typhique survient à la fin de la maladie. Sa date d'apparition et l'importance du syndrome la différencient des réactions nerveuses de l'invasion. Elle ne s'accompagne guère de réactions méningées ; la confusion avec le méningo-typhus est donc facile. Par contre, ni l'anatomie, ni la clinique ne peuvent l'individualiser par rapport aux autres encéphalomyélites des infections généralisées ou des fièvres éruptives. Les formes cliniques sont extrêmement variées. L'observation rapportée est celle d'une forme à propagation vasculaire, s'attaquant d'abord aux éléments mésodermiques, type hémorragique à lésions cellulaires très discrètes.

P. CARRETTE.

Méningite grippale suivie de diabète, guérison, par LÉON ZADOC-KAHN et André GLUCK. *Archives Hospitalières*, n° 2, pp. 71-73, mars 1933.

On oublie trop souvent que les infections déterminent un trouble dans le fonctionnement de l'appareil glyco-régulateur. Il est aisé d'en faire la preuve expérimentalement, mais les manifestations cliniques sont en général trop discrètes pour fixer l'attention. Dans l'observation de Zadoc-Kahn et Gluck, il semble bien que les altérations nerveuses ont joué un rôle prépondérant pour l'éclosion du diabète, annoncé par la polydipsie et évoluant en une quinzaine de jours.

P. CARRETTE.

Encéphalomyélopathie toxique expérimentale. Sclérose diffuse consécutive aux injections sous-cutanées de cyanure de potassium (Experimental Toxic Encephalomyelopathy. Diffuse Sclerosis following subcutaneous injections of potassium cyanide), par Armando FERRARO. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 2, pp. 267-283, avril 1933.

Des injections répétées de doses toxiques de cyanure de potassium ont permis à Ferraro de réaliser chez l'animal une symptomatologie se rapprochant de celle que l'on observe chez l'homme. Les examens histologiques montrent une sclérose diffuse caractérisée par un processus de démyélinisation étendu, surtout intense dans les régions périventriculaires, une réaction gliale et des zones de nécrose. Le fait que l'infiltration vasculaire est parfois nulle et que la réaction inflammatoire est mise en évidence en certains points permet de formuler une hypothèse à propos des observations

de névrauxite humaine. Ferraro estime que le processus toxique réveille des infections latentes. Le poison n'agirait pas directement et primitivement sur le cerveau. Les recherches expérimentales confirment le rôle capital du foie dans les toxi-infections. C'est au foie qu'appartient le rôle essentiel dans la lutte de protection de l'organisme. C'est lui qui sera débordé le premier ; sa défaillance déterminera l'envahissement des vaisseaux, puis des viscères par les toxines et ainsi se constitueront les lésions du système nerveux central.

P. CARRETTE.

Les manifestations extra pyramidales de la trypanosomiase chez l'Européen, par MM. Pierre BORREMANS et Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1933).

Importante observation d'une *forme cérébrale*, peu connue, de la *trypanosomiase*, répondant, au point de vue anatomique, à une *encéphalite à prévalence striée*.

Les auteurs résument leur travail par les propositions suivantes :

1° On peut observer dans l'évolution de la trypanosomiase chez le blanc, un type strié avec akinésie, absence de tremblement, troubles pigmentaires de la cornée, de la peau, sans démence. Les lésions les plus massives de la méningo-encéphalite diffuse sont situées au niveau des ganglions centraux.

2° La formule biologique du liquide céphalo-rachidien : réactions de Pandy et Weichbrodt fortement positives, hyperalbuminose dissociée, Wassermann négatif, réaction colloïdale du type paralytique ou du type syphilis nerveuse.

3° Les caractéristiques de la méningo-encéphalite trypanosique sont une infiltration plasmocytaire des cellules morulées de Mott, la prolifération microglie à laquelle succède rapidement une organisation glio-fibrillaire secondaire.

SENGÈS.

Manifestations cliniques du côté du système nerveux dans la brucellose chez l'homme, par V. A. CHTARKER. (*Sovietskaia nevropatologua psichiatria i Psichogvinea*, T. II, fasc. 1, 1933).

Après un exposé de symptomatologie de la brucellose chez l'homme, M. Chtarker rapporte 7 observations cliniques dans lesquelles, à la symptomatologie habituelle, sont venus s'ajouter des signes d'ordre neurologique.

Les manifestations étaient surtout d'ordre périphérique : polynévrites, plexite, radiculite dorso-lombaire, amyotrophie.

Dans un cas, il s'agissait d'un syndrome psychique avec teinte neurasthénique. Chtarker souligne la longue durée de la maladie. Au point de vue thérapeutique l'auteur préconise surtout le massage et le traitement thermique. La sérothérapie donne des réactions très fortes. La radiothérapie splénique est peu efficace.

FRIBOURG-BLANC.

Méningo-encéphalite diffuse évoluant chez une malade atteinte de tumeur cérébrale. Origine endocardique du syndrome infectieux, par MM. BORREMANS et Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de psychiatrie*, avril 1933).

Observation d'une fillette de 15 ans, chez laquelle évolue rapidement un syndrome en foyer, caractérisé par une hémiplégie progressive, sensitivo-

motrice, terminé par une crise d'épilepsie généralisée et le coma terminal.

A l'autopsie, association d'un glioblastome multiforme et d'une méningo-encéphalite diffuse. Cette dernière, d'évolution récente, peut avoir été provoquée par une septicémie streptococcique, ayant son origine dans une maladie d'Osler, à laquelle on pouvait penser d'après des indices d'auscultation, mais dont la vérification n'a pas été faite.

SENGÈS.

Les syndromes neuro-anémiques, par M. René FLAMENT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

Il y a intérêt à dépister, par des examens hématologiques pratiqués sur une grande échelle, l'anémie pernicieuse dont l'existence peut paraître rare si on ne la recherche pas. Les syndromes neuro-anémiques apparaissent ainsi moins exceptionnels, et l'on peut espérer leur apporter une amélioration notable par le traitement. L'auteur a observé trois cas dans le service du professeur Van Gehuchten. Il fait suivre ses observations d'intéressantes considérations sur les syndromes neuro-anémiques. On les range avec la plupart des auteurs en trois grandes catégories. La 1^{re}, groupe les dégénérescences combinées subaiguës de la moelle avec anémie : c'est le syndrome de Lichtheim ; la 2^e, beaucoup plus rare, est constituée par des polynévritiques anémiques ; la 3^e, forme exceptionnelle à symptomatologie et à lésions surtout cérébrales.

Discutant ensuite le problème de l'étiologie et de la pathogénie des syndromes neuro-anémiques, il pense avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question que l'anémie ne semble pas conditionner à elle seule les accidents nerveux, mais que la même cause engendre des altérations des organes hémato-poïétiques et du système nerveux : il s'agit vraisemblablement de l'action conjuguée ou isolée de phénomènes d'intoxication et de phénomènes de carence ; la réalité de ces derniers serait démontrée par le résultat favorable de l'opothérapie hépatique. Cette action certaine, en ce qui concerne les phénomènes anémiques, se traduirait également, par l'amélioration, ou même un arrêt, des phénomènes nerveux, sans restauration vraie des filets nerveux, mais en provoquant une hyperplasie gliale plus ou moins marquée.

SENGÈS.

Remarques additionnelles au sujet des aspects neurologiques de l'anémie pernicieuse, par M. J. de BUSSCHER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1933).

Discussion, au sujet d'une observation anatomo-clinique de syndrome neuro-anémique, d'une série de points exposés par M. R. Flament dans une communication précédente (28 janvier 1933). La classification en 3 formes : syndrome de Lichtheim, forme polynévritique, forme cérébrale, est surtout schématique et les cas de transition varient à l'infini. La classification évolutive, l'étiologie, le traitement, peuvent donner lieu à des divergences d'interprétation. L'auteur demande que la question fasse l'objet d'un échange de vue à la Société de Neurologie, afin d'établir une unité de doctrine et attirer l'attention du grand public médical.

SENGÈS.

Encéphalopathies infantiles (Encefalopatias infantis), par AUSTREGESILIO FILHO.
São Paulo Medico, nos 7-8-9, pp. 267-289 et 311-331, février-mars et avril 1933.

Ce chapitre important de la pathologie nerveuse contient de nombreux points obscurs; les lacunes de l'interprétation anatomo-clinique et les artifices de la classification qui en découle sont responsables de nos incertitudes. Pour l'auteur, une base sémiologique solide permettrait un classement des formes courantes. Il distingue des syndromes spasmo-paralytiques (maladie de Little, par exemple), des syndromes atoniques, cérébelleux, extra-pyramidaux (rigidité décérébrée avec ou sans mouvements involontaires) et les syndromes d'insuffisance mentale. Diagnostic, pronostic et traitement ne se précisent que dans la mesure où le problème étiologique a été résolu : les encéphalopathies sont ou antérieures à la naissance et proviennent de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme ou d'autres intoxications, d'accidents gravidiques ou obstétricaux, ou bien de toxi-infections infantiles.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude clinique des neuropathies infantiles, par M. SCHACHTER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1933).

L'étude clinique des neuropathies infantiles doit être basée sur la recherche de critères physiologiques, organiques, endocrinologiques, sur l'étude de la constitution somatique, etc. Les études faites par Kretschmer chez l'adulte, ont peu de valeur chez l'enfant. Pototzky a cru pouvoir étudier des types anormaux infantiles en se basant sur l'étude des capillaires et distinguer par cette méthode 4 types d'enfants, type neuropathique, type psychopathique, type foetal de Doxiades et type endocrinien. Mais, en réalité, cette méthode ne peut être qu'un simple complément de recherches. L'étude de la constitution psychique de l'enfant doit faire appel à plusieurs éléments. L'auteur rappelant l'opinion de Kraus sur la personnalité profonde et la personnalité corticale dont l'équilibre réalise la normalité psychique, conclut qu'il faut tenir compte des résistances à vaincre dans le milieu social et familial pour réaliser cet équilibre. Il pense avec Kraus et Peritz que la sexualité n'a aucune influence, en l'absence d'hormones génitales, dans le mécanisme de la psychopathie chez l'enfant.

En résumé, son étude doit faire appel à divers spécialistes qui doivent collaborer.

SENGÈS.

La maladie de Hallewörden-Spatz, par S. MESSING. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

L'auteur relate les observations de trois enfants appartenant à la même famille, tous atteints de la maladie d'Hallewörden-Spatz. Un seul enfant est bien portant, 2 sont morts déjà et la dernière malade, âgée actuellement de 20 ans, est internée à l'Asile de Tworcki. Les lésions anatomiques constatées chez le frère et la sœur de la malade étaient indiscutablement caractéristiques de la dégénérescence pigmentaire du système pallidal. L'auteur en donne la description, qu'il illustre de figures dans le texte. Le tableau clinique de la jeune malade encore vivante se traduit par des signes extra-pyramidaux, l'atrophie des nerfs optiques, certains signes spinaux : pied bot équin, paralysie spasmodique des membres inférieurs, tremblement, troubles de la parole, des signes pyramidaux discrets et des troubles psychiques.

En raison du tableau clinique et des antécédents de la maladie, le diagnostic de la maladie de Hallevorden-Spatz paraît probable. Le diagnostic différentiel porte surtout sur la maladie de Little, la paralysie spasmodique et la paralysie agitante juvénile. Il est possible que la syphilis du père joue le rôle de cause provoquante.

FRIBOURG-BLANC.

Sur un cas d'idiotie amaurotique du type Vogt-Spielmeyer et ses relations avec la maladie de Niemann Pick, par M. MARINESCO. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 18 juillet 1933).

A l'occasion d'une observation d'idiotie amaurotique tardive avec rétinite pigmentaire, M. Marinesco rappelle les importantes études de M. Oberling et de ses collaborateurs sur la maladie de Niemann-Pick, et son explication du mécanisme histo-chimique de cette maladie. Son travail a pour but de montrer que le même problème se pose, aussi bien pour la maladie de Tay-Sachs, que pour les formes tardives où les lésions peuvent intéresser à la fois, le système nerveux, le parenchyme d'autres organes et l'appareil réticulo-endothélial.

La lésion la plus fréquente dans les cas d'idiotie du type Spielmeyer-Vogt et du type Bielschowsky, c'est l'accumulation de lipoïdes dans certaines cellules de l'appareil réticulo-endothélial, et leur existence en grande quantité dans toutes les cellules du névraxe, du système sympathique et des microganglions viscéraux.

M. Marinesco montre, d'après les travaux de M. Oberling et d'autres auteurs, le rôle important des cellules de l'appareil réticulo-endothélial dans la défense de l'organisme et la symbiose anatomique et fonctionnelle, existant à l'état normal, entre les cellules des différents parenchymes, et spécialement des cellules nerveuses.

En résumé, minutieuse étude d'histo-chimie dont on ne peut indiquer que quelques faits, et dont la lecture intégrale s'impose à ceux qui s'intéressent à la question.

SENGÈS.

Remarques cliniques sur un cas d'idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypiques, par MM. Ch. COHEN et L. VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Observation d'un cas d'idiotie amaurotique chez une enfant de 13 mois, de parents israélites. Les lésions oculaires, constituées surtout par un « cadre périrapillaire », sans lésion de la macula, sont atypiques. Assez fréquentes, sous cette forme, dans les types juvénils et tardifs de la maladie, elles sont moins souvent signalées dans la forme infantile de Warren-Tay-Sachs.

SENGÈS.

La sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales (maladie de Bourneville), par Aug. M. LEY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1933).

Ce numéro de journal est réservé à l'étude de la sclérose tubéreuse et des maladies de même groupe.

M. Aug. Ley, dans cet exposé préalable, rappelle les principales manifestations et les caractéristiques anatomo-pathologiques de cette affection. Décrite pour la première fois par Bourneville, elle se présente habituelle-

ment comme une forme grave d'insuffisance mentale, avec idiotie ou imbécillité accompagnée d'épilepsie. Au point de vue lésionnel, elle se caractérise par la dissémination à la surface cutanée et dans certains viscères de tumeurs fibromateuses, dont on constate la présence dans les circonvolutions cérébrales. Elle est à différencier de la maladie de Recklinghausen. Les travaux récents tendent à faire admettre que la sclérose tubéreuse est la conséquence d'un trouble grave de l'embryogénèse avec gliomatose et formation de glionévromes.

SENGÈS.

Sclérose tubéreuse de Bourneville sans troubles mentaux avec hérédité similaire dans la descendance, par M. Aug. LEY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1933).

Divers auteurs ont signalé que la maladie de Bourneville peut exister sans troubles mentaux importants. L'auteur présente l'observation d'un homme de 38 ans, chez lequel on trouvait les symptômes de l'éruption angio-fibro-sébacée de Pringle, quelques petits fibromes cutanés disséminés, des crises d'épilepsie généralement d'allures jacksoniennes sans troubles de l'intelligence, du jugement ou de la moralité. Toutes les recherches neurologiques et humorales étant négatives. Les trois enfants de ce malade présentaient la même manifestation considérablement aggravée en ce qui concerne l'état de l'intelligence, deux survivants âgés de 9 et 6 ans reproduisant nettement la symptomatologie caractéristique de la maladie de Bourneville classique.

SENGÈS.

Un cas de sclérose tubéreuse, par MM. DIVRY et EVRARD. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1933).

Observation détaillée d'un cas de sclérose tubéreuse chez une fillette de 13 ans. Intéressantes considérations étiologiques et pathogéniques sur la genèse de l'affection et de sa place dans le cadre nosologique. La parenté clinique de la neurofibromatose et de la sclérose tubéreuse n'est pas encore établie d'une façon définitive et nécessite de nouvelles recherches.

SENGÈS.

Recherches cliniques et histologiques sur une forme familiale de sclérose tubéreuse, par MM. F. S. VAN BOUDWDIJK BASTIAANSE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1933).

Histoire clinique d'une famille dont les 4 enfants ont présenté des symptômes de sclérose tubéreuse. L'auteur fait suivre ce cas d'un examen histologique détaillé avec planches photographiques, et des considérations sur la pathogénie de l'affection. Les auteurs allemands pensent que la sclérose tubéreuse et la neurofibromatose sont une même maladie avec une localisation différente et ils ont décrit des formes de transition entre la sclérose tubéreuse, la maladie de Wilson, l'épilepsie et la sclérose diffuse.

L'auteur pense que cette anomalie procède d'un trouble du développement dans la disposition parenchymateuse avec prolifération secondaire des éléments tissulaires voisins. Il ne croit pas à l'identité de la sclérose tubéreuse et de la neurofibromatose.

SENGÈS.

Etudes cliniques, généalogiques et histopathologiques sur les formes familiales de la sclérose tubéreuse, par MM. BORREMANS, DYCKMANSS et van BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1933).

Les auteurs rappellent les observations des familles étudiées par Berg (1919), Urbach et Wiedmann (1929), Bouwdijk Janssens Koenen (1926-1931) de la thèse de F. van Bastiane sur la *forme familiale de la sclérose tubéreuse*. Ils étudient personnellement les cas de sclérose héréditaire et familiale développés dans une famille J... avec études particulières de chaque cas. Une étude anatomique complète d'une observation, avec planches microphotographiques, et des considérations sur la pathogénie de cette affection, complètent cet intéressant et minutieux travail. SENGÈS.

Aspect et comportement de la motilité des frenasthéniques « biopathiques » (Aspetto e comportamento della motilità dei frenastenici « biopatici ») par le Dr Giuseppe PINTUS (Cagliari). *Riv. di pato. nerv. e. ment.*, juillet-août 1933, p. 47 à 156.

Cette étude morpho-neurologique est basée sur l'observation de 50 arriérés (débiles, imbeciles, idiots, épileptiques) appelés « frenasthéniques biopathiques » selon la terminologie italienne (Sante de Sanctis, De Lisi). L'Auteur met en parallèle le comportement moteur de ces sujets avec des syndromes neurologiques, spécialement celui de l'encéphalite. Il tente une classification de ces états relativement au syndrome extrapyramidal. L'ensemble des troubles moteurs lui paraît relever, en gros, du système « fronto-extra-pyramidal ». En conclusion, il divise ces cas en 3 types cliniques : le type lent, rigide, pesant, ressemblant au parkinsonien et au pithecoïde d'Hombenger, — le type léger, agile, un peu rigide, maladroit (paratonique de Dupré), — enfin, le type svelte, imprécis, instable que Gurewitsch a décrit comme manifestant une « insuffisance motrice frontale ». Ce long travail procède de l'idée directrice qui anime les travaux de Wallon (1932), Challiol (1932), Oseretzkg (1931), Mâle (1933), etc..., à savoir que la constitution psycho-motrice dépend de l'organisation des centres encéphaliques que des facteurs héréditaires ou exogènes peuvent perturber. Bibliographie récente mais incomplète. Henri Ey.

Quatre cas de catastrophe postopératoire survenue accidentellement chez des malades psychonévrotiques (Cuatro casos de catastrofe postoperatoria en enfermos psiconevroticos intervenidos incidentalmente), par E. MIRA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 8, pp. 225-228, 25 février 1933.

L'éclosion de troubles mentaux commande souvent la recherche d'une étiologie organique et la découverte d'un état somatique ancien peut poser le problème de l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Miro relate l'histoire de 4 malades pour lesquels la question de l'opération restait discutable et qui moururent l'un en état de choc, un autre après des crises épileptiformes, le troisième d'insuffisance hépatique aiguë et le dernier d'hémorragie. L'auteur voit dans ces événements plus qu'une dramatique coïncidence. Ces malades, comme beaucoup de psychopathes, montraient une extrême sensibilité du système neurovégétatif. Le médecin ne saurait apporter trop d'attention à rééquilibrer dans la mesure du possible avant et à

surveiller les différentes fonctions après l'opération; quand la disproportion entre les risques à courir et le résultat espéré ne lui inspireront pas une opposition ferme à l'intervention projetée.

P. CARRETTE.

Enquête statistique sur les causes et le début de la maladie chez les épileptiques, en particulier chez les jumeaux épileptiques (Statistische Erhebungen über Krankheitsursache und Krankheitsbeginn bei Epileptikern, mit besonderer Berücksichtigung epileptischer Zwillinge), par G. STROESLER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXII, fasc. 1^{er}, 1933.

La gémellité ne prédispose pas à l'épilepsie. Parmi 4.280 malades, 45 sont des jumeaux, dans trois cas, les deux jumeaux sont épileptiques. La proportion des jumeaux par rapport aux autres épileptiques est de 1 : 100, celle des naissances gémellaires par rapport à la totalité des naissances est de 1 : 80. Les mêmes facteurs étiologiques sont constatés chez les épileptiques jumeaux et chez les autres comitiaux, la proportion des épilepsies idiopathiques et symptomatiques est la même, l'âge moyen de début est sensiblement le même : 13 ans pour les jumeaux, 14 ans pour les autres. Les jumeaux bivitellins ne sont pas plus souvent atteints d'épilepsie que les sujets non jumeaux. Une seule fois sur 40 cas, les deux jumeaux étaient épileptiques. Les deux paires de jumeaux univitellins, contenus dans la statistique, ont montré, par contre, un comportement concordant, puisque dans les deux cas, les deux sœurs étaient atteintes d'épilepsie.

E. BAUER.

Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'épilepsie, par le Dr CORREA. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Buenos-Aires, tome XIX, n° 114, décembre 1932).

L'auteur, faisant abstraction des idées classiques, a étudié le problème de l'étiologie et de la pathogénie de l'épilepsie selon des points de vue nouveaux : mathématique, physico-chimique et expérimental, s'intéressant surtout à l'excitabilité neuro-musculaire et aux facteurs qui la conditionnent. S'appuyant sur des faits physico-chimiques, l'auteur aboutit à la conclusion que tous les équilibres humoraux sont fonction, mathématiquement parlant, de centres nerveux régulateurs, dont l'action se manifeste au moyen de constantes, K, qui entrent dans les formules qui exposent les équilibres dynamiques de l'organisme et dont l'altération est susceptible de provoquer des manifestations convulsives.

Les recherches suivantes ont été exécutées : équilibre acide-base du plasma, CO² total du plasma, le calcium ionique du plasma avec sa concentration en ions H et en bicarbonates, le chlore globulaire et plasmatique, la chronaxie expérimentale et clinique.

L'épileptique est un individu qui présente une instabilité de ses constantes physico-chimiques. Aussi, l'auteur pense qu'il est nécessaire de chercher les lois qui régissent ces formules altérées, c'est-à-dire étudier les fonctions auxquelles correspondent les variables dépendant du sang afin d'ébaucher ainsi un schéma physico-chimique de l'épileptique. Ce serait à son avis l'unique moyen d'arriver à une connaissance exacte du problème ; toute recherche sur un autre terrain serait en marge du substratum de la maladie.

LAUZIER.

Les facteurs héréditaires dans l'épilepsie (Hereditary Factors in Epilepsy), par Calvert STEIN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 5, pp. 989-1037, mars 1933.

L'épilepsie, sous la forme de crise ou d'équivalents psychiques ou de migraine n'est pas un état de provenance purement héréditaire. L'auteur examine les causes favorisantes dans plus de 1.000 cas. Il admet que les traumas, l'infection et l'alcoolisme, jouent un rôle de premier plan, mais il n'est pas niable que l'examen des antécédents familiaux permet généralement de déceler une prédisposition latente. Pour Stein, ce défaut initial rend le sujet plus vulnérable, aux causes accidentelles.

P. CARRETTE.

Existe-t-il une épilepsie par hypoglycémie ? par Ph. PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, n° 43, pp. 876-878, 31 mai 1933.

On sait que l'injection de fortes doses d'insuline provoque une hypoglycémie marquée et des accidents nerveux graves rapidement guéris par l'introduction de sucre dans l'organisme. Les phénomènes convulsifs observés paraissent bien liés à l'hypoglycémie et cette relation expliquerait certaines formes d'épilepsies dégradées et infantiles. Pagniez rappelle toutefois que, dans un grand nombre de cas, le mal comitial existe sans variation notable du sucre sanguin et que ces considérations biologiques ne donnent pas encore l'explication du problème de l'épilepsie dite essentielle.

P. CARRETTE.

De l'observation clinique-cinématographique de l'épilepsie et des principes d'une analyse expérimentale des crises comitiales (Über Klinisch-Kinematographische Epilepsie-Beobachtung und die Prinzipien einer experimentellen Anfalls-Analyse), par O. LÖWENSTEIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXII, fasc. 1^{er}, 1933.

L'observation cinématographique permet une meilleure connaissance sur l'évolution et les différentes phases des paroxysmes épileptiques, elle permet de préciser beaucoup de détails encore mal connus, elle élimine les causes d'erreur de l'observation directe, elle est un précieux moyen de diagnostic.

L'auteur montre que les signes « de certitude » : morsure de la langue, émission involontaire d'urines, torpeur et coma postconvulsifs, phénomènes de latéralisation, ne sont pas pathognomoniques. Du signe de Babinski vrai il faut distinguer l'attitude du Babinski observée en dehors de toute crise et chez le sujet normal. L'abolition totale ou partielle des réactions pupillaires a été observée dans des crises hystériques et même dans des paroxysmes simulés ; elle se produit en effet chez certains sujets normaux sous l'effet d'une émotion brusque et violente, ou à l'état de contraction musculaire forcée. L'épreuve de l'affekt-excitation proposée par l'auteur permet de mettre en évidence ce phénomène ; lorsqu'elle est positive en dehors des crises, la raideur pupillaire pendant le paroxysme n'a plus aucune valeur pathognomonique.

La fréquence des erreurs de diagnostic, notamment en matière d'expertise, est si impressionnante que la méthode cinématographique, facile à réaliser, doit être considérée dès maintenant comme un élément indispensable de l'observation de l'épilepsie.

E. BAUER.

Contribution à l'étude de l'épilepsie (Contribucion al estudio de la epilepsia), par Eleogardo B. TROILO. *Boletin del Instituto Psiquiatrico* (Rosario), n° 16, pp. 113-124, janvier-février-mars 1933.

Le domaine de l'épilepsie essentielle se rétrécit chaque jour. L'auteur a observé un état comitial chez un sujet qui, après 13 ans d'évolution, a présenté un déficit psychique et des troubles de la motilité d'origine cérébelleuse. Troilo estime que, toutes les fois que des attaques d'épilepsie, apparues dans l'enfance, s'accompagnent plus tard de symptômes cérébelleux, il faut penser à une sclérose atrophique lobaire ou hémisphérique, à évolution lente et progressive.

P. CARRETTE.

Une épilepsie peu banale, par Louis RAMOND. *La Presse Médicale*, n° 34, pp. 697-698, 29 avril 1933.

L'auteur a constaté les signes de l'épilepsie jacksonienne, à point de départ dans le membre supérieur gauche, chez une malade par ailleurs atteinte de petites tumeurs périphériques en voie de prolifération. Ramond pose le diagnostic de cysticerose bientôt confirmé microscopiquement après biopsie d'un nodule sous-cutané. On sait que la ladrerie humaine peut guérir par dégénérescence calcaire des lésions parasitées, mais l'apparition des troubles nerveux impose le diagnostic de localisation cérébrale de l'affection et cette complication grave peut entraîner des accidents redoutables.

P. CARRETTE.

Complications et modifications apportées par le cancer dans l'évolution de l'épilepsie (Cancer Complicating and Modifying the Course of Epilepsy), par Morgan B. HODSKINS et Riley H. GUTHRIE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 5, pp. 877-892, mars 1933.

Le cancer favorise l'alcolose et, à ce titre, pourrait avoir sur l'épilepsie une influence néfaste en augmentant le nombre des crises. Les auteurs ont réuni 55 observations d'épileptiques atteints de néoplasmes de types et de localisations variées. Dans la majorité des cas, le nombre des crises diminue avec les progrès du cancer. Ils supposent que la cachexie et la déshydratation qui accompagnent l'évolution des tumeurs malignes élèvent le seuil de l'irritabilité nerveuse centrale.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Le monde vivant sans hérédité, par E. RABAUD (in *Revue philosophique*, janvier-février 1934).

L'auteur émet l'hypothèse d'une matière vivante affranchie d'hérédité. Celle-ci nous paraît une propriété vitale, parce que nous constatons la fixité de la forme et de la structure des êtres vivants qui nous entourent. Mais c'est sur la terre que nous observons. Ne peut-on pas concevoir que sur d'autres planètes où les conflits des agents physicochimiques ne s'exercent pas dans les mêmes conditions que sur la nôtre, une matière vivante surgisse avec des propriétés différentes ?

Cette différence ne pourrait-elle pas consister en une plasticité de protoplasma qui nécessiterait la perpétuelle nouveauté de forme et de structure des êtres nouvellement nés ? Dans ce cas il n'y aurait ni spécificité, ni hérédité des êtres vivants !

Paul COURBON.

Essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la médecine, par E. TÉCHOUEYRES. (*Revue philosophique*, novembre-décembre 1933).

C'est une étude du cheminement de la pensée, dans ses efforts, pour observer les faits pathologiques, pour élaborer les concepts maladies, et pour inventer les pratiques capables de rétablir la santé.

En médecine, il n'y a pas de faits immédiatement perceptibles. Il n'y a que des symptômes, c'est-à-dire, des signes à interpréter. Or, cette nécessité de l'interprétation expose le médecin et le biologiste à des erreurs, contre lesquelles Claude Bernard et Pasteur n'ont cessé de nous mettre en garde en recommandant la patience pendant l'observation et la prudence dans l'affirmation.

Faute d'obéir à ces maîtres, on glisse dans le paralogisme et le néologisme. On affirme dogmatiquement sans démontrer. On avance des explications verbales démenties par la réalité : témoins, la prétendue spécificité des cuti-réactions bactériennes, celle des médicaments antisypilitiques, celle des réactions sériques, enfin la création des entités coagulines, précipitines, etc., qui ne correspondent à rien. On justifie cette définition de la médecine par E. Meyerson : « Une espèce de biologie appliquée où l'expérimentation négative est négligée ou expliquée par des hypothèses auxiliaires qui ne sont pas vérifiées. »

Nul médecin plus que le psychiatre ne saurait méditer avec plus de fruits, ces sages réflexions.

Paul COURBON.

Principes méthodologiques de Pathographie (Methodologische Prinzipien der Pathographie), par Karl BIRNBAUM (de Berlin). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1933, Tome CXLIII.

Conférence faite au Congrès de Psychologie de Copenhague, en août 1932. La pathographie est une biographie envisagée au point de vue pathologique. Des préceptes touchant le choix du sujet, les sources de documents et l'interprétation pathologique sont suivis d'un véritable cours de méthodologie psychiatrique, où sont envisagées les méthodes de la psychiatrie clinique, de la pathologie médico-psychologique, de la psychanalyse, et enfin les perspectives phénoménologiques (Jaspers Kronfeld) et de la psychologie structurale (Dilthey et Spranger). Ces divers points de vue doivent faire de la pathographie un document psychopathologique de valeur « multidimensionnelle ».

Henri EX.

Travail intellectuel (Lavoro intellettuale), par SANTE DE SANCTIS. *X^e Congrès de Médecine du Travail*, Milan 1932, Aufossi, Turin.

L'auteur expose le problème biopsychologique du travail intellectuel et tente d'en indiquer les solutions pratiques. Ce travail est basé sur l'exa-

men des courbes (psichoergogrammes) de travail mental, telles que Kræpelin les avait déjà étudiées. Il y a d'ailleurs un certain hiatus entre ce travail expérimental et les conseils pratiques qu'il donne et qui sont excellents, mais non déduits de la partie expérimentale.

Henri Ey.

Capacité de travail et éducatibilité (Capacità lavorativa e loro educabilità), par M. PONZO (de Rome). *Rivista di psicologia*, juillet-septembre 1933, p. 223 à 248.

Exposé des recherches entreprises, dans un milieu industriel et des idées qu'elles ont inspirées à l'auteur sur les capacités de travail en « psychologie dynamique ». Il souligne l'importance du profil psychotechnique, car il est exceptionnel que les aptitudes soient de même qualité dans tous les sens. Cette proposition est d'ailleurs tempérée dans ce qu'elle a d'excessivement analytique par le conseil d'envisager l'individu au point de vue de son orientation professionnelle dans ses réactions totales de comportement.

Henri Ey.

Recherches psycho-statistiques sur les aptitudes et les vocations (Ricerche psico-statistiche sulle attitudini e sulle vocazioni), par D. VAMPA. *Rivista di psicologia*, juillet-septembre 1933, p. 249 à 277.

Etude statistique très minutieuse, portant sur un groupe de 120 garçons, élèves de 5°. L'auteur a confronté leur vocation avec leurs aptitudes psychiques. Les fonctions mnésiques, attentionnelles, le capital culturel ont été explorés à cet effet. Des questions comme « quel est l'âge du directeur, la hauteur du clocher, la longueur du corridor », ont permis des discriminations intéressantes pour le tracé du profil psychologique dont dépend en définitive la sélection professionnelle.

Henri Ey.

Cruauté, violence et colère, par A. SPAIER (*Revue philosophique*, mai-juin 1933).

Puisque la tendance est à l'origine de tout plaisir, la question : d'où vient la satisfaction que peut nous procurer la souffrance d'autrui ? se transforme en celle-ci : de quelles tendances la cruauté est-elle l'assouvissement ?

L'ensemble de ces tendances peut être désigné : *instinct d'épanouissement*. Il correspond à la volonté de puissance de Schopenhauer. « Et la cruauté, qu'elle qu'en soit la forme, est un moyen d'assurer notre épanouissement. »

C'est à la justification de cette définition que s'efforce l'article, envisageant tous les degrés de la cruauté depuis la torture, jusqu'à l'ironie. Chemin faisant, il discute la réalité du lien prétendu, entre, d'une part, le sadisme ou le masochisme, et, d'autre part, la volupté sexuelle. La recherche de la soumission d'autrui dans le premier cas, de la soumission personnelle dans le second cas, est l'élément essentiel de la situation, élément essentiel qui, parfois, s'associe, mais, d'autres fois, se substitue entièrement à la volupté.

Paul COURBON.

PSYCHANALYSE

Le caractère au point de vue de la théorie psychanalytique, par M. BORNSZTAJN. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XX, 20 mars 1933.

La théorie psychanalytique admet que la sexualité chez l'homme existe dès le premier jour de la vie. Dans une période prégénitale on distingue une phase orale et une phase anale précédant la phase génitale ou phallique. Les traits infantiles réagissent, se subliment ; l'instinct se transforme pour donner au caractère sa marque sociale. Dans certains cas d'évolution incomplète, la fixation s'établit à une phase sexuelle intermédiaire. Ainsi, le caractère nommé anal par les freudistes, se signale par la manie de l'ordre, les tendances à l'avarice et l'entêtement.

P. CARRETTE.

Un aperçu préliminaire de la psychopathologie de l'instinct de conservation, par R. MARKUSZEWICZ. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

L'examen critique des idées de Freud sur l'instinct personnel dans la psychanalyse conduit l'auteur à la déduction qu'il est nécessaire de retrancher du narcissisme l'instinct de conservation. L'instinct de conservation doit être différencié de l'instinct personnel, car il appartient non seulement au domaine conscient, mais à l'inconscient également. L'analyse de cet instinct doit être faite de la même manière que celle de l'instinct sexuel. Chez un sujet normal, l'instinct de conservation traverse deux étapes qui peuvent être désignées sous le nom d'infantilisme et de virilisme de l'instinct de conservation. Envisagé sous ces deux aspects, il peut donner lieu, chez les névropathes, à des conflits et des refoulements.

FRIBOURG-BLANC.

Premières bases d'une psychologie de l'instinct de conservation (Ansätze zur Psychologie des Selbsterhaltungstriebes), par R. MARKUSZEWICZ. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXII, fasc. 1^{er}.

En modifiant ses conceptions sur les rapports entre le moi et la libido, les Ichtriebe et les instincts libidineux, Freud est arrivé finalement à identifier l'instinct de conservation avec le narcissisme. L'instinct de conservation est un instinct autonome, indépendant de la libido. Il doit être étudié selon les mêmes principes psychanalytiques que l'instinct sexuel. Il appartient en partie à l'inconscient. L'erreur initiale de Freud a consisté à l'incorporer au moi, aux Ichtriebe, à le limiter ainsi dans le conscient, et à rendre impossible son exploration par la méthode psychanalytique. L'instinct de conservation a ses phases évolutives comme la libido. La phase infantile est caractérisée par la recherche du sentiment de sécurité en s'appuyant sur les personnes de l'entourage, alors que dans la phase virile, le sujet trouve les éléments de sécurité en lui-même et tend à servir d'appui aux autres. La fixation, au stade infantile, de l'instinct de conservation ainsi que de la fixation, à des stades différents, de l'instinct de conservation et de la libido, créent des conflits pathogènes.

E. BAUER.

Le problème de l'étiologie de la névrose à la lumière de la théorie de Freud à propos d'un cas de dysphagie, par Ch. ODIER. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 2, pp. 65-86, 1933.

Le rapport de causalité qui existe entre le symptôme et le mécanisme excitateur, pratiquement démontré par les faits, ne serait pas rigoureusement applicable scientifiquement. Entre les deux éléments il faudrait introduire un troisième terme, l'énergie, agent de la transformation. Odier montre que les déductions commodes de la conception freudienne, si elles ne tiennent pas compte du facteur intermédiaire, répondent à une habitude très générale du raisonnement qui consiste à prendre l'occasion pour la cause. Il analyse, pour étayer sa démonstration, un cas de dysphagie provoqué successivement par le traumatisme, l'angoisse et une certitude obsédante. La cause plus générale du symptôme il la place dans « le réinvestissement accidentel de la fonction malade par des énergies préexistantes ». Le trauma A n'est pas la cause du symptôme B ; c'est l'utilisation anormale de l'énergie C qui est la cause, mais C dépendant de A, déterminera B.

P. CARRETTE.

Le complexe de Lear, revers du complexe d'Œdipe (Der Learkomplex, die Kehrseite des Odipuskomplexes), par A. PAÚNCZ (d'Hérisau). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 294 à 332.

Il y a lieu d'opposer aux phases de développement de la libido les phases de sa régression. La libido adulte se caractérise par sa polarisation vers l'enfant. Le complexe de Lear est une fixation érotique incestueuse des parents sur leurs enfants. Il peut créer des conflits familiaux autour du choix objectal. Tandis que le complexe d'Œdipe reste enseveli dans l'inconscient, le complexe de Lear est conscient. Le premier se réfère au passé, le second se projette dans l'avenir. A l'analyse du drame shakespearien, l'auteur joint celle du roman de Balzac, le « Père Goriot », d'une nouvelle de Goethe, « L'homme de 50 ans ». Il trouve d'autres exemples dans le « Docteur Pascal » de Zola et « Le cadavre vivant » de Tolstoï. Cet article rappelle une fois de plus l'aspect *total* de la perversion sexuelle, et en mettant l'accent sur les formes de perversion de l'adulte et ses aspects névrotiques, ouvre, pensons-nous, des perspectives fécondes particulièrement pour la compréhension des délires séniles à forte charge sexuelle.

Henri Ey.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance. Cette séance, réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 juillet 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOUT, ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Dîner annuel.

La Société ayant décidé de rétablir le dîner annuel, ce dîner aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D^r COULONJOU, Médecin-Chef du Quartier des aliénés à l'Hospice général de Nantes (Loire-Inférieure).

Nominations.

Mme le D^r CROZET-TRUCHE est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

M. le D^r DUCOUDRAY est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés d'Albi (Tarn).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef au Quartier des aliénés de l'Hospice d'Agen (Lot-et-Garonne) ;

un poste de Médecin-Chef au Quartier des aliénés de l'Hospice de Nantes (Loire-Inférieure).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XX^e Congrès de Médecine Légale de langue française.

Le XX^e Congrès de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française se tiendra en 1935, à Bruxelles, sous la présidence de M. le Professeur HEGER-GILBERT, de l'Université de Bruxelles.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Une consultation médicale prénuptiale à Genève.

Le dispensaire des Eaux-Vives à Genève a décidé de créer une consultation médicale en faveur des candidats au mariage. Cette consultation, basée sur le modèle de celles établies déjà dans diverses villes de la Suisse et de la France, aura lieu deux fois par semaine. Elle aura pour but de donner, en vue du mariage, à toutes les personnes peu fortunées qui le désirent, la possibilité d'être informées exactement sur leur santé ou leur hérédité, deux facteurs de nature à retarder éventuellement le mariage, ou même à en faire abandonner le projet.

Les candidats au mariage seront soumis à un examen approfondi, suivant les méthodes appliquées par les compagnies d'assurances sur la vie pour l'examen médical de leurs clients.

Les personnes mariées désireuses de se renseigner sur les causes de conflits conjugaux en rapport avec la vie conjugale, seront également reçues à la consultation. Du reste, il existe déjà, à la maternité de Genève, une consultation gynécologique, mais pour les hommes rien de semblable n'avait encore été organisé.

La consultation sera autant d'ordre psychologique que d'ordre purement médical, car elle aura surtout pour but de donner des conseils en matière d'hygiène sexuelle et, dans ce domaine, elle est certainement appelée à rendre des services aux tuteurs et aux éducateurs.

Des affiches dans les mairies, des avis remis aux fiancés et des communiqués dans les journaux indiquent aux candidats au mariage l'existence de cette consultation.

Le Siècle médical, 15 juin 1934.

Construction d'un pavillon pour enfants anormaux à l'Asile d'Armentières.

A la demande du Ministère de la Justice, un pavillon destiné au traitement médico-pédagogique des enfants anormaux va être construit à l'Asile public d'aliénés d'Armentières (Nord). La dépense prévue est d'environ deux millions de francs.

Le pavillon d'enfants sera séparé des pavillons actuels où sont hospitalisés environ 1.800 malades dont 400 confiés par le département de la Seine.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

NOUVEAUX SOUVENIRS D'UN PASSÉ RÉCENT

PAR

RENÉ SEMELAINNE

Je voudrais évoquer la mémoire de trois hommes, trop tôt disparus, LAGARDELLE, CHAMBARD et BRISSAUD. Le premier mourait à l'âge de quarante-quatre ans, et au début d'une carrière qui s'annonçait brillante. Chambard en avait quarante-huit quand, infecté accidentellement au cours de travaux de laboratoire, il succombait en moins de vingt-quatre heures. Brissaud, qui fut en quelques semaines, à cinquante-sept ans, terrassé par un mal cruel, est surtout cité comme neurologue. Il s'est pourtant efforcé, ainsi que le rappelait Ballet dans une notice nécrologique, de resserrer les liens qui unissent la psychiatrie et la neurologie, et Dupré a signalé l'importance de son œuvre psychiatrique et médico-légale. Il était un des fidèles de nos congrès, et, le jour où fut sollicitée son adhésion à notre association mutuelle, il répondit de suite en s'inscrivant comme membre fondateur. La dernière réunion à laquelle, déjà gravement malade, il voulut quand même prendre part, était consacrée à la réforme de la loi du 30 juin 1838. Nous pouvons donc, à juste titre, le considérer comme un des nôtres.

Firmin LAGARDELLE, né le 30 mars 1838 à Verdun-sur-Garonne, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Montauban, fit à Paris ses études médicales, et soutint en 1865 une thèse intitulée « Considérations sur l'étiologie de la paralysie générale ». La même année paraissait, dans la *Gazette médicale*, un article sur la dipsomanie, la folie alcoolique et le *delirium tremens*.

Attaché pendant quelques mois, comme médecin résidant, à la maison de santé d'Ivry, il était nommé médecin adjoint à l'asile de Dijon, et, peu après, envoyé à l'hospice de Niort, en qualité de médecin responsable du quartier d'aliénés. Dans son premier rapport, en 1866, il insistait sur les variétés disparates de la lypémanie, nom sous lequel on avait, disait-il, l'habitude de ranger les affections les plus diverses, dès qu'elles présentaient un délire triste. Il signalait aussi les différences entre le délire de grandeur des paralytiques généraux et des monomaniques ambitieux, sujet sur lequel il devait revenir dans un travail intitulé : « Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs ».

La question proposée, en 1868, pour le prix Aubanel, était une étude des accidents convulsifs de la paralysie générale, et Lagardelle recevait cinq cents francs sur huit cent. Cinq ans après, il obtenait, à l'Académie de médecine, le prix Civrieux ; la question à traiter était ainsi formulée : « Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début et assurer l'amélioration obtenue. »

Nommé, le 25 mai 1872, médecin en chef de l'asile Sainte-Catherine, à Moulins, il passait, le 21 décembre 1876, à la section des hommes de l'asile Saint-Pierre, à Marseille. L'enseignement l'avait toujours tenté ; se trouvant pour la première fois dans un centre important, l'heure lui parut propice, et il s'efforça d'obtenir de l'administration la création de cours spéciaux. Ses suggestions furent favorablement accueillies, et, par une décision du ministre de l'Intérieur, en date du 26 février 1878, était institué un enseignement public des maladies mentales. Les cours devaient être faits alternativement, une fois par semaine, par les chefs de service. Pour y assister, une autorisation du directeur était nécessaire, et il distribuait les cartes aux étudiants sur le vu d'un certificat établi par le directeur de l'Ecole de médecine, attestant qu'ils avaient subi avec succès le troisième examen de fin d'année. Les médecins et les magistrats pouvaient être admis sur la présentation de leurs cartes personnelles, et les avocats devaient remettre au directeur de l'asile un certificat du procureur de la République. Les noms des malades ne seraient pas

prononcés devant les auditeurs, auxquels l'entrée des salles demeurerait interdite. « Néanmoins, ajoutait le ministre, pour compléter ses démonstrations, le médecin pourra exceptionnellement, et sous sa responsabilité propre, donner accès dans les quartiers à quelques étudiants de choix, à ceux notamment qui lui paraîtront avoir des dispositions marquées pour l'étude des maladies mentales. »

Lagardelle commença son enseignement le 5 mai 1878, et obtint un vif succès, mais le 30 novembre il était nommé médecin en chef de la section des hommes à l'asile de Bron. Agé seulement de quarante ans, il espérait occuper bientôt la chaire des maladies mentales, mais Pierret, déjà professeur de la nouvelle Faculté, se faisait attacher, comme médecin adjoint, à la clinique de Bron, s'assurant ainsi la succession d'Arthaud. Lagardelle trouvait donc fermée pour lui, à Lyon, la carrière de l'enseignement. Aussi, apprenant qu'Auzouy venait de mourir, le 9 mai 1879, avant d'avoir pu commencer ses cours, il sollicita sa nomination à l'asile de Bordeaux, où il était envoyé le 7 juillet. Chargé, peu après, du cours annexe de clinique des maladies mentales, il voyait enfin ses souhaits réalisés, et dès lors il se livra au travail avec une ardeur nouvelle, partageant son temps entre ses malades, ses leçons, et la rédaction de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*. Mais cette carrière, qui s'annonçait si belle, fut de courte durée ; une maladie cruelle vint en arrêter le cours, et Lagardelle mourait le 5 juin 1882.

Né à Paris le 13 août 1851, Ernest CHAMBARD, après de fortes études classiques, s'inscrivait à la Faculté de médecine, et était reçu interne des hôpitaux le 21 décembre 1875. Moreau de Tours et Luys l'initiaient à la science mentale, il étudiait la dermatologie à Saint-Louis, et travaillait sous la direction de Ranvier au laboratoire du Collège de France. Ces goûts divers, qui ne le quittèrent jamais, le firent hésiter pendant plusieurs années sur le choix définitif d'une carrière. Choisi par Ball comme chef du laboratoire de la Clinique des maladies mentales, il soutenait, en 1881, une thèse sur le somnambulisme. L'*Encéphale* ayant été fondé par ses maîtres Luys et Ball, il accepta les fonctions de secrétaire de la rédaction, qu'il remplit avec assiduité pendant près de deux ans. En 1882 il partait pour Lyon, et devenait chef de clinique de Gailleton, professeur des maladies syphilitiques et de la peau. L'année suivante, la ville de Marseille, où il était question de créer une Faculté de médecine, lui offrait la chaire d'histologie, mais la création projetée ne put être réalisée.

Chambard se décidait alors à suivre la carrière des asiles, et il était nommé, le 1^{er} février 1884, médecin adjoint à Saint-Yon. Deux ans après, il remplaçait Camuset à l'asile de Vaucluse, qu'il quittait pour Ville-Evrard. Envoyé à Pierrefeu en mars 1889, à Cadillac au mois de décembre suivant, il était nommé directeur médecin à Lesvellec en décembre 1890, ne s'y installait pas, et allait à l'asile de Bourges où il restait jusqu'en 1897. Il devenait alors médecin en chef à Clermont.

Certaines dermatoses lui paraissaient des manifestations de la dégénérescence. « Les relations, disait-il, qui unissent les dermatoses aux névroses, sont encore bien obscures, et nous ne possédons sur ce chapitre de pathologie générale que des notions partielles et peu précises ; aussi leur étude mérite-t-elle l'attention des neurologistes, et nous proposons-nous d'y contribuer quelque jour, dans la mesure de nos moyens. » Il semble ignorer que ces relations avaient été déjà signalées par Retz, dans un livre intitulé : « Des maladies de la peau et de celles de l'esprit », dont la troisième édition parut en 1789 ; ces maladies, suivant l'auteur, avaient le foie pour commune origine.

Chambard attribuait les conceptions délirantes des paralytiques généraux hypocondriaques aux troubles de la sensibilité générale, et, plus rarement, des sensibilités spéciales. Les sensations inconscientes à l'état normal étant perçues à l'état pathologique, il pensait que « peut-être sera-t-il permis d'en rechercher le substratum anatomique, lorsque les fonctions sensitives et les lésions du grand sympathique seront mieux connues ». Chez les malades qui se croient morts, il incline à rattacher le délire des négations à l'anesthésie de la sensibilité générale ; l'hyperesthésie produirait plutôt des sensations de gêne et d'obstruction que des douleurs véritables. A côté des sensations d'expansion et de rétrécissement, il signale l'illusion de posséder des organes doubles ou multiples.

Le somnambulisme, auquel il avait consacré sa thèse inaugurale, fut également l'objet d'articles publiés dans le *Lyon médical*. Les diverses formes vont du sommeil absolu à la veille totale, et ces états peuvent, chez certains sujets, être provoqués. Il les divise en sommeil de toutes les fonctions de relations, ou léthargie somnambulique, et réveil successif de ces fonctions, automatisme moteur, automatisme somnambulique passif et actif. A la suite des accès il signale la fréquence de l'amnésie, passagère ou persistante.

Il pense que l'on est porté à trop élargir le cadre des persécutés persécuteurs. Beaucoup de persécutés dangereux ont mon-

tré pendant des années de la patience et de la résignation, supportant les tourments jusqu'au jour où ils se trouvent poussés à quelque acte de violence, qui peut-être n'aura pas de lendemain. Au contraire, les véritables persécutés persécuteurs réagissent dès le début de leur délire, et distinguent parmi leurs ennemis ceux dont ils doivent se venger. « Les premiers cèdent à l'indignation, à la colère, les seconds sont mus par la haine. Ceux-ci se défendent, ceux-là poursuivent leur vengeance avec une logique, une suite, une ténacité qui les rendent doublement dangereux ; leur irritation qui, en se plaçant à leur point de vue, est après tout légitime, se complique d'un fonds de méchanceté, de perversité morale ; aussi est-ce parmi les dégénérés moraux, les raisonnants qu'on les rencontre le plus généralement. Les uns sont des persécuteurs d'occasion, les autres sont des persécuteurs de tempérament. »

Regrettant le peu de renseignements fournis le plus souvent sur les malades internés d'office, il aurait désiré, pour chacun d'eux, une instruction psychiatrique complète, dont il divise les éléments en obligatoires et facultatifs. Les premiers comprendraient le casier judiciaire, un casier manicomial ou relevé des internements précédents, et un procès-verbal rédigé par le maire de la commune ou le commissaire de police, et relatant les faits qui ont motivé le placement. Les éléments facultatifs, réclamés par le médecin s'il en reconnaît la nécessité, seraient le dossier judiciaire du malade, son dossier manicomial, c'est-à-dire les certificats et rapports se trouvant dans les dossiers des asiles où il aurait été déjà interné, une notice biographique, et enfin une notice médicale.

Dans beaucoup de localités, en province et surtout à la campagne, les maires hésitent, par économie ou pour des motifs personnels, à provoquer un internement d'office. Aussi Chambard proposait-il la création, dans chaque canton ou dans chaque arrondissement, d'une commission d'hygiène dont les membres rétribués, choisis dans les diverses professions, et soustraits à l'influence administrative, auraient, parmi leurs attributions, celle de rechercher, examiner et signaler à l'autorité préfectorale les aliénés dangereux.

Il n'était pas opposé, pour l'internement des aliénés, à l'intervention de la magistrature. Ses arrêts, ayant plutôt le caractère d'homologations, ne pourraient donner, suivant lui, aucune idée de peine ou de flétrissure, et le secret médical ne lui semblait pas plus compromis « par un jugement déposé au greffe du tribunal que par les certificats conservés dans les archives d'une préfec-

ture ». Cette intervention donnerait au médecin plus d'indépendance et de sécurité, en diminuant sa responsabilité, partagée par « les hommes qui en imposent encore un peu aux malveillants et aux sots ».

Il réclamait aussi l'organisation légale des sorties à titre d'essai, et préconisait le patronage et l'assistance des aliénés indigents à leur libération. Quant à ceux dont le maintien à l'asile n'est plus indispensable, mais qui ont néanmoins besoin d'une assistance continue, ils pourraient être placés chez des particuliers voisins de l'établissement, et, sous la surveillance administrative, dans des villages organisés sur le modèle de Gheel et de Lierneux, dans des asiles de travail ou des colonies agricoles.

Mais une mort prématurée ne permit pas à Chambard de donner sa mesure. Au cours de travaux dans son laboratoire, une inoculation accidentelle causait une maladie à marche foudroyante, qui l'emportait en moins de vingt-quatre heures. Il mourut le 14 janvier 1900, dans sa quarante-neuvième année.

Edouard BRISSAUD naissait à Besançon, le 15 avril 1852. Fils d'un universitaire, il suivit les déplacements familiaux, et commença ses études classiques à Bordeaux pour les terminer à Paris. Il se destinait alors à l'Ecole centrale, mais la guerre de 1870 devait changer sa vocation. Se trouvant alors à Vichy et désirant se rendre utile, il entra à l'ambulance dirigée par Max Durand-Fardel. De retour à Paris, il s'inscrivait à la Faculté de médecine, et son oncle Féréol le prenait dans son service. Le 21 décembre 1875, il était reçu interne des hôpitaux. Tous s'accordaient pour reconnaître en lui une intelligence supérieure. La nature, disait son ami Ballet, admis au même concours, semblait avoir « mis en œuvre toutes les ressources dont elle dispose pour créer un être d'élection ».

Sous l'inspiration de son maître Charcot, sa thèse inaugurale était consacrée à des recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur la contracture permanente des hémiplegiques. Préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté, il était chargé par Bourneville, en 1880, d'examiner, au point de vue histologique, les cerveaux de quelques épileptiques déments ; les lésions lui semblèrent devoir être rapportées à une péri-encéphalite des lobes frontaux, expliquant la déchéance intellectuelle. La même année ils publiaient, en collaboration, deux observations d'enfants idiots, avec autopsie. Ces travaux sont peut-être l'origine des recherches ultérieures de Brissaud sur les encéphalopathies. Il devait constater, dans l'encéphalopathie infantile, que chez cer-

tains sujets les troubles intellectuels sont peu graves, et que chez d'autres, l'intelligence, demeurée intacte, semble seulement voilée par une apparence d'imbécillité. Chez les adultes atteints d'encéphalopathie, il étudiait les troubles de la mimique, et signalait le contraste entre l'intégrité des facultés intellectuelles et la perturbation des facultés d'expression.

Lasègue, séduit par son talent d'exposition, le choisissait comme chef de clinique adjoint, en attendant que la place de titulaire devint vacante, et c'est sous la direction de ce maître éminent qu'il lui fut donné de s'initier à la science mentale. Médecin des hôpitaux en 1884, il entra, au début de 1889, à l'hôpital Saint-Antoine, qu'il devait, onze ans plus tard, quitter pour l'Hôtel-Dieu. Il avait été, en 1886, après de brillantes épreuves, reçu au concours d'agrégation, et en 1899, la Faculté, à l'unanimité des votants, le proposait en première ligne pour la chaire d'histoire de la médecine. Son prédécesseur, Laboulbène, homme excellent, mais solennel et pontifiant, manquait des qualités nécessaires pour relever un enseignement peu suivi ; au contraire, Brissaud, par sa vaste érudition, sa faculté d'assimilation, son talent de parole, semblait fait pour lui donner l'éclat qu'il n'avait pas connu. Mais il se rendit compte que ces études historiques n'étaient guère, malgré leur intérêt, à la portée d'adolescents à éducation incomplète, et dont les pensées se trouvaient absorbées par l'approche des examens, et il obtenait, l'année suivante, la chaire de pathologie interne.

A la première session du Congrès de médecine mentale, tenue à Rouen en 1890, Sollier avait demandé l'adjonction des neurologistes, mais Ball, qui présidait, répondait : « Il faut rester soi-même », et la proposition était rejetée. Trois ans après, à La Rochelle, Brissaud réclamait à son tour une union qu'il jugeait utile et nécessaire. On n'aime pas en général les nouveautés, et beaucoup, à cette époque, hésitaient à admettre la présence, avec des droits égaux, de ceux qu'ils considéraient encore comme des étrangers. Mais Brissaud était un charmeur, à qui l'on ne pouvait résister, et le Congrès de médecine mentale devait s'appeler désormais le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Y siégeant pour la première fois, Brissaud prenait part aux discussions, et signalait l'intoxication iodoformique comme une cause possible d'accidents délirants graves post-opératoires. L'année suivante, à Clermont-Ferrand, il faisait remarquer que les uns donnaient à la dégénérescence une valeur symptomatique, les autres une valeur étiologique, et qu'on semblait même, parfois, la confondre avec la prédisposition.

Désigné pour présenter au Congrès de Bordeaux, en 1895, un rapport sur le corps thyroïde et la maladie de Basedow, il sut prouver aux aliénistes qu'ils avaient eu raison de s'adjoindre les neurologistes, et à ceux-ci que l'union ne serait pas sans profit pour eux. Rappelant qu'il ne s'agit plus d'une entité morbide, mais d'un syndrome, il comparait cette évolution à celle de l'épilepsie qui, longtemps regardée comme une maladie essentielle, fut enfin reconnue comme « toujours symptomatique de quelque chose » ; de même est considérée comme un syndrome la maladie de Parkinson, à la double soudure physique et intellectuelle, dont l'une fige la mimique en un masque sans expression, dont l'autre voile sous une apparence d'affaiblissement l'activité psychique. Quelque tare névropathique se retrouvant presque toujours dans les antécédents familiaux, la cause prédisposante primordiale de la maladie de Basedow est l'hérédité nerveuse.

Au Congrès de Grenoble, il rappelait qu'il avait décrit en 1890, c'est-à-dire cinq ans avant le travail de Freud, sous le nom d'anxiété paroxystique, une névrose d'angoisse particulière, et insistait à nouveau sur l'état mental accompagnant la sensation d'étouffement. Le malade troublé, inquiet, terrifié, redoutant à tout moment l'asphyxie ou la syncope, a « la claire vision du danger suprême ». Le début a lieu par crises, surtout nocturnes, avec réveil brusque, et « agitation intérieure ». Et il établit cette distinction entre l'angoisse et l'anxiété paroxystique : « L'angoisse est un phénomène bulbaire, l'anxiété un phénomène cérébral ; l'angoisse est un trouble physique qui se traduit par une sensation de constriction, d'étouffement ; l'anxiété est un trouble psychique qui se traduit par un sentiment d'insécurité indéfinissable.

Les tics en général faisaient, au même congrès, l'objet d'une discussion, et cette question lui était familière. Il s'étonnait de voir confondre le tic, convulsion localisée liée à un désordre psychique, habitude morbide susceptible d'être corrigée, avec le spasme, secousse réflexe involontaire et affection nerveuse occasionnelle. Les mouvements stéréotypés des aliénés ne sont pas des tics. Dans le torticolis mental, de nature psychopathique, la convulsion est tantôt clonique, tantôt tonique, et il dépeint ces malades incapables de redresser la tête sans soutenir le menton. Conscients de leur infirmité, ils se rendent compte que l'action de la volonté sur les muscles du cou reste impuissante. « L'état morbide n'est donc pas dans les muscles, ni dans les nerfs, il est dans l'esprit même. »

Sous le nom de douleurs d'habitude, il décrivait au Congrès de

Bruxelles, en 1903, des douleurs variables de nature, de siège, d'intensité, et ne paraissant obéir qu'à une seule loi, l'habitude. Leur caractère essentiel est de survenir « soit à date fixe, à jour fixe, à heure fixe, et sans influence extérieure appréciable, soit à un moment quelconque, mais alors sous l'influence d'une circonstance invariable, et cependant manifestement insignifiante ». Elles peuvent constituer, chez des sujets jusqu'alors indemnes, « une véritable obsession hallucinatoire », et relèvent de la pathologie mentale.

Président, en 1904, à Pau, du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Brissaud consacrait le discours d'ouverture à l'éloge de Théophile Bordeu, neurologiste, et regrettait de ne pouvoir présenter également un Bordeu psychiatre. Il exposait l'œuvre de celui qui reconnut sensibles par leur essence les éléments du corps vivant, et substitua à la théorie des esprits animaux l'hypothèse des vibrations. L'idée de la constitution systématique des tissus organisés, qui lui appartient tout entière, aurait, suivant Brissaud, inspiré l'œuvre de Bichat. « Sans la notion préalable de la fixité du type histologique, il est possible que Bichat n'eût pas écrit le traité des membranes et que l'anatomie générale n'existât pas encore. » On pourrait répondre, sans nier l'influence de Bordeu, que Bichat déclare avoir conçu l'idée première de son ouvrage en lisant le chapitre de la *Nosographie*, où Pinel conseille l'étude des inflammations suivant les tissus affectés. « Une étincelle de son génie, dit Dupuytren dans une notice sur Pinel, alluma celui de Bichat. » Mais Brissaud est porté à croire que « le système physiologique de Bordeu détermine le plan de la *Nosographie philosophique* ». Il est vrai que Pinel cite Bordeu dans cet ouvrage, soit pour le louer, soit pour le critiquer. Estimant que les diverses aliénations d'esprit peuvent avoir un siège entièrement étranger au cerveau, ce dernier étant alors affecté « comme centre d'une sorte de réaction sympathique », il rappelle à ce propos les travaux de Van Helmont sur l'influence exercée par l'estomac sur la tête et les principales fonctions de la vie, ainsi que le développement heureux donné à ces idées par Lacaze et Bordeu dans leur théorie des forces épigastriques. Au trépied de la vie établi par Bordeu et comprenant le cœur, le cerveau et l'estomac, il propose d'ajouter les organes de reproduction.

Brissaud dirigea les séances du congrès avec l'autorité et le tact qui le caractérisaient. Les travaux terminés, il n'abandonnait pas les fidèles de l'excursion finale, et, pour leur laisser un souvenir encore plus vivace du célèbre médecin béarnais, il leur

offrait un repas champêtre sur les bords du gave d'Ossau, à Izeste, où naquit Bordeu.

L'année suivante, à Rennes, il exposait ses idées sur les états hypocondriaques et neurasthéniques, qu'il lui semble presque impossible de séparer, et qui seraient le résultat de « la faillite plus ou moins complète d'un de nos organes ». Ce qui lui paraît dominer, c'est le manque de sécurité, « sorte de fonction générale correspondant à la bonne exécution de nos différentes fonctions ».

A Lille, en 1906, il appelait l'attention sur une question des plus importantes au point de vue de la médecine légale des accidents du travail, les rapports du traumatisme et de la paralysie générale. Médecin depuis dix-neuf ans d'une compagnie de chemins de fer, il avait observé, à la suite de commotions cérébrales, de nombreux cas de neurasthénie, mais pas un seul de paralysie générale vraie. Dans les divers cas mentionnés, les malades étaient déjà des paralytiques, et « l'accident n'a pas fait naître d'emblée une affection d'origine et de nature infectieuse ; le traumatisme ne s'est pas surajouté à l'infection pour mettre en train le processus fatal de la paralysie générale, il a simplement permis de constater un mal en pleine évolution ».

La catalepsie est, suivant lui, un syndrome, fonction de maladies diverses, qui traduit des désordres psychiques déterminés par des troubles vasculaires d'origine toxique, et les conséquences de l'intoxication peuvent persister après sa disparition. La catalepsie est caractérisée par la passivité ou l'inertie. Le malade n'a plus aucune spontanéité, et se trouve réduit à exécuter l'acte imposé par une volonté étrangère, si cette impulsion est assez puissante pour qu'il soit contraint de la subir. La continuité du geste commencé peut être nommée activité positive, et la conservation des positions imprimées aux membres activité passive.

Ses études sur les géants et les acromégaliques l'avaient amené à considérer leur mentalité comme un état de torpeur et de dépression psychique. A côté du myxoedème commun, il décrivait un myxoedème avec intégrité des fonctions psychiques, qu'il attribue à une destruction des seuls éléments thyroïdiens, les éléments parathyroïdiens demeurant intacts. L'infantilisme vrai serait dû uniquement au défaut de sécrétion de la glande thyroïde, et la paralysie générale juvénile coïnciderait toujours avec un certain degré d'infantilisme.

Elève de Charcot, il avait été tout d'abord un adepte convaincu des doctrines de son maître concernant l'hystérie. Plus tard ses idées se modifièrent à cet égard, et il croyait surtout à l'influence

de la suggestion, consciente ou inconsciente. Il admettait aussi la simulation de tous les phénomènes, même de l'anesthésie ; c'est, disait-il, une question de volonté. A l'expression anorexie hystérique, il aurait préféré voir substituer inanition hystérique, car les malades ne manquent pas nécessairement d'appétit, mais ont l'idée fixe de maigrir, consciente ou inconsciente, et pouvant aboutir à un véritable délire.

La mort ne lui permit pas d'assister à la grande discussion sur l'émotion, organisée par les sociétés de neurologie et de psychiatrie, et à laquelle il aurait pris une part active, car la question l'intéressait vivement. « Il ne faut pas, disait-il, se hâter de décider qu'une maladie organique — et nous entendons par là celle qui consiste en lésions matérielles variables, — ne peut pas être la conséquence d'un simple choc nerveux. On meurt bien de peur ; des observations authentiques en font foi par centaines. La même secousse, qui peut causer la mort, peut, *à fortiori*, compromettre ou altérer gravement et d'une façon irrémédiable le jeu normal des centres nerveux. »

Ne recherchant ni les honneurs ni les distinctions, Brissaud n'hésitait jamais à s'associer à une bonne œuvre. Affable avec tous, il fut toute sa vie sans morgue et sans pose, aussi simple qu'au temps où il venait s'asseoir sur les bancs de l'école, et il conserva toujours la même liberté d'allures, d'esprit et de langage. Nul ne fut plus étranger aux exigences de la mode, plus dédaigneux du qu'en-dira-t-on. Se proclamant gaiement membre de la ligue des petits chapeaux, il répugnait à porter le haut-de-forme, cette coiffure laide et incommode que certains voudraient nous rendre, et l'un des premiers, délaissant redingote et jaquette, il osa, comme costume de ville, revêtir le veston.

Une maladie cruelle l'emportait en quelques semaines, et il mourut le 19 décembre 1909. Une quinzaine de jours auparavant, invité à une réunion où il devait donner son avis sur la revision de la loi du 30 juin 1838, il s'y rendit, malgré de violentes douleurs, et la dernière discussion à laquelle il prit part fut consacrée aux aliénés.

Ceux qui l'ont connu ne sauraient l'oublier, car c'était une nature d'élite, une belle intelligence, et un grand cœur.

TESTS DE CARACTÈRES EN NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

PAR

M. G. HEUYER, Mlle COURTHIAL, MM. DUBLINEAU et NERON (1)

Depuis de nombreuses années, nous avons souvent insisté sur l'importance du caractère dans le choix d'une profession et dans le rendement social de l'individu.

Le caractère, plus que l'intelligence, conditionne le succès ou l'échec dans une profession déterminée. L'étude de l'intelligence ne donne pas une représentation suffisante de la personnalité de l'individu.

En ce qui concerne la détermination du niveau mental et l'appréciation de la valeur intellectuelle d'un sujet, les travaux des psychologues, au cours de ces 30 dernières années, ont atteint le point où le dépistage de la débilité intellectuelle et la mesure de cette débilité, ainsi que le dépistage de l'intelligence supérieure, sont rendus possibles. Sans doute, les instruments peuvent-ils encore être perfectionnés ; mais il est certain que tous les psychiatres et psychologues qui ont appliqué avec soin, exactitude et conscience la technique des examens d'intelligence, reconnaissent que l'instrument de mesure existe ; il rend des services extrêmement utiles dont on ne pourrait maintenant se passer qu'avec difficulté.

Mais, pour orienter un sujet dans une profession déterminée et pour apprécier les possibilités de rendement social d'un adolescent, il est au moins aussi nécessaire d'étudier son caractère que son intelligence.

Il faut d'abord s'entendre sur la valeur des termes. Nous donnons au mot caractère une définition précise : il constitue l'ensemble des traits les plus saillants qui distinguent au moral une personne d'une autre. Le critérium du caractère est donc social

(1) Travail de la Clinique annexe de Neuro-psychiatrie infantile.

puisque le terme de « moral » s'applique à l'ensemble des sentiments qui dirigent la conduite des individus les uns envers les autres. Nous donnerons du caractère la définition suivante : tendances de nature affective, qui dirigent les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur.

Il est possible de déterminer un ensemble de symptômes qui manifestent une disposition personnelle à certains actes : ceux-ci dans les mêmes circonstances se reproduisent toujours de la même façon et représentent le mode habituel de l'activité réflexe et volontaire du sujet. Nous ne voulons pas discuter la question de savoir si cette tendance est constitutionnelle ou précocement acquise. Ce qui est certain d'après l'expérience, c'est que chaque individu prend précocement dans l'enfance l'attitude mentale qu'il conservera toute sa vie. Certaines circonstances affectives, ou une maladie déterminée, ou l'apparition d'une psychopathie, peuvent modifier les tendances affectives de l'individu. Mais, toutes choses égales d'ailleurs, si aucun accident ne se produit, l'étude approfondie du caractère de l'enfant permet de prévoir quelle sera la conduite de l'adulte dans les circonstances ultérieures, comment il réagira, quelles seront pour lui-même et pour autrui les conséquences de ses actes. C'est la connaissance précoce du caractère de l'enfant qui permet d'interpréter chez l'adulte, avec exactitude, la conduite et les actes que les circonstances seules ne suffisent pas à expliquer.

Pour déterminer le caractère d'un enfant ou d'un adolescent, trois méthodes peuvent être employées :

1° Une méthode psychiatrique simplement clinique : le comportement de l'enfant, la manière dont il répond à certaines questions concernant sa famille, son travail, son avenir et ses désirs, les renseignements donnés par l'entourage familial ou par les maîtres, la conduite de l'enfant dans sa famille, à l'école et à l'atelier, les réactions du sujet devant l'interrogatoire, sont des éléments importants pour apprécier un caractère. L'examen psychiatrique donne des résultats précis, mais il dépend de la valeur personnelle du psychiatre, de son sens clinique, de ses interprétations et impressions personnelles.

2° La désignation par les maîtres des diverses réactions de l'enfant, qui permettent d'apprécier son caractère.

C'est un procédé que l'un de nous a employé avec M. Lahy dans les examens qui ont été pratiqués dans les écoles. Et c'est la méthode psychiatrique que l'un de nous a proposée dans l'enquête de Biotypologie faite dans diverses écoles, sous la direction du Dr Toulouse.

3° La méthode des tests affectifs comparable à la méthode des tests mentaux.

Dans ce domaine, les psychologues sont encore en pleine recherche. Binet avait posé, en principe, que les différences d'intelligence ne se trouvent pas dans des fonctions simples, comme on les cherchait jusqu'à lui, mais dans des fonctions complexes. Or, pour les tests de caractère, nul principe semblable à ceux posés par Binet n'est venu éclairer la route de ceux qui s'attachent à trouver un instrument capable de donner la description et la mesure du caractère.

Des méthodes nombreuses et variées ont déjà été utilisées pour trouver cet instrument de recherches : examens, questionnaires, échelles d'évaluation, observations, genèse historique, échantillonnage du comportement, c'est-à-dire étude des réactions du sujet dans certaines situations, etc. Chacune de ces méthodes possède un certain mérite. Aucune n'a encore été adoptée de préférence à une autre. Il semble d'ailleurs qu'il y ait peu de raisons pour espérer que l'une d'elles puisse être en elle-même plus sûre et plus complète que les autres.

Un bon psychologue ne peut juger de l'adaptation intelligente d'un sujet à une tâche qu'après avoir réuni à la fois les renseignements qui lui sont fournis par les examens d'intelligence et ceux qui résultent des notes de classe et de la connaissance du milieu. De même, l'émotivité d'un sujet ne peut être appréciée et comprise qu'après l'étude d'un ensemble de faits et de renseignements, qu'il appartient au psychologue et au médecin de réunir en faisceau afin de porter un diagnostic.

Il serait vain, nous semble-t-il, de chercher à créer des examens permettant d'établir d'une façon certaine et simpliste en une seule fois, en dehors de tous autres renseignements, les tendances caractérielles d'un sujet. Toutefois, dans l'ensemble même des renseignements qui nous intéressent, l'examen du caractère par des méthodes scientifiques, doit trouver sa place. C'est pourquoi nous avons cherché à appliquer, dans notre service de neuro-psychiatrie infantile, une série de tests de caractère, qui nous ont permis des discriminations et des mesures. Nous allons donner la description et la technique de ces tests de caractère et rapporter l'observation de quelques cas pour en montrer l'application et l'utilité.

Nous n'ignorons pas les critiques que peut soulever d'emblée notre méthode, mais nous tenons à insister sur ce fait qu'elle constitue beaucoup plus un plan de travail qu'un système invariable et définitif. Elle pourra être modifiée dans les détails. De

plus, elle ne se suffit pas à elle-même, elle n'est qu'une partie de l'examen dans lequel le psychologue travaille en collaboration constante avec le psychiatre.

Notre première tâche était de déterminer la méthode de recherches. Nous avons choisi celle de l'examen par écrit, qui nécessite de la part du sujet certaines connaissances verbales. De ce fait, le nombre de nos sujets était limité à ceux qui sont à la fois assez âgés et assez intelligents pour comprendre un vocabulaire ordinaire correspondant environ à la classe qui précède celle du certificat d'études. Cette méthode a nécessité, dès le début, certaines restrictions puisque tous les sujets ne peuvent y être soumis : en particulier les débiles intellectuels ont été éliminés dans l'étude analytique de caractère. Notre méthode s'applique seulement à des enfants, de la période prépubère ou pubère, et qui ont un niveau mental normal. Il est évident que la débilité intellectuelle est importante, quand elle existe ; c'est elle qui règle la décision à prendre, les troubles du caractère du sujet n'existant qu'à titre de complication d'une débilité intellectuelle primordiale et foncière.

Appliquée à des enfants ou adolescents à partir de 13 ans, de niveau mental normal, notre méthode nous a paru simple et sa technique facile. L'un de nous avait déjà utilisé, pour un travail antérieur, un grand nombre de ces examens (1) et a pu apprécier la valeur de certains d'entre eux. Il nous fut donc possible de nous mettre tout de suite au travail, sans avoir à compulsurer la grande quantité d'études publiées sur les examens de caractère, dans tous les pays, et plus particulièrement dans les pays anglo-saxons, et à rechercher dans tous ces travaux le matériel qui paraissait le mieux adapté à notre étude.

Il ne nous est pas possible de nous étendre sur les premiers tâtonnements de nos recherches. Nous nous bornerons à décrire le matériel finalement choisi en expliquant, chaque fois que nous le croirons nécessaire, les raisons de notre choix ou de notre technique. Ces raisons sont toujours fondées, soit sur des travaux antérieurs, soit sur le résultat de notre propre expérience. On trouvera, à la fin de notre travail, une liste des ouvrages qui nous ont aidés dans notre tâche.

L'examen, tel que nous le donnons actuellement, comporte deux séries d'épreuves. Trois de ces épreuves ont été originellement construites par des psychologues américains. Ce sont : le

(1) Emotional differences of delinquent and non delinquent girls of normal intelligence. *Archives of psychology*, n° 133, par A. COURTHIAL.

questionnaire de Woodworth-Mathews, le test de barrage de Pressey et un questionnaire sur le sens éthique composé par May et Hartshorne. Nous décrirons ces épreuves en les désignant sous le nom de leurs auteurs et en spécifiant les modifications que nous avons introduites dans leur énoncé, dans leur présentation et dans les méthodes de calcul.

La quatrième épreuve que nous désignons sous le nom de « feuille d'analyse de caractère », a été établie par nous-mêmes.

I. — QUESTIONNAIRE WOODWORTH

Pendant la guerre, le professeur Woodworth, de l'Université Columbia, a établi un questionnaire destiné au dépistage des soldats présentant des troubles affectifs et peu capables, pour cette raison, de subir les inquiétudes constantes et les fortes émotions du combattant en première ligne. L'historique du test est intéressante. Woodworth, pour l'établir, avait observé des malades nerveux, les avait questionnés et avait pris connaissance de leur dossier. Les questions élaborées se rapportent donc à des troubles émotifs ; pour être significatives, les réponses à fournir par le sujet sont tantôt positives, tantôt négatives et le questionnaire est présenté de telle manière que le sujet n'a qu'à souligner « oui » ou « non » selon la réponse qu'il donne. Le questionnaire ayant été établi suivant cette procédure, aucun effort ne fut fait pour classer les réponses significatives selon certaines maladies ou certaines tendances affectives bien nettes.

Woodworth, et tous les auteurs qui ont utilisé son questionnaire, se sont contentés de considérer le nombre des réponses fournies par le sujet, et, si ce total dépassait assez fortement le chiffre moyen de réponses significatives obtenu sur un groupe d'adultes normaux (le plus souvent des étudiants d'une Université), le sujet était plus longuement observé.

Ce questionnaire, largement utilisé pendant et après la guerre, a été soumis à de nombreuses études statistiques et comparatives, et a donné d'une manière générale des résultats fort intéressants.

Une élève de Woodworth, Miss Mathews, a repris le questionnaire et a modifié certaines questions, afin de les mettre plus à la portée des adolescents. Ce travail a été également souvent utilisé et les questionnaires Woodworth et Woodworth-Mathews se trouvent actuellement presque toujours à la base des nombreux

« Personal Inventory Questionnaires » élaborés, depuis ces recherches, aux Etats-Unis.

Notre étude devant s'appliquer à des adolescents (garçons de 12 à 18 ans), nous nous sommes servi du questionnaire Woodworth-Mathews. Nous avons d'abord utilisé ce questionnaire dans sa traduction française, puis au fur et à mesure du progrès de notre recherche, nous lui avons fait subir plusieurs modifications. Le questionnaire, modifié selon la description que nous allons en donner, est appliqué à la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, depuis le mois de mars 1932.

Tout d'abord, nous avons cherché à classer les réponses du sujet selon les tendances affectives qu'elles pouvaient désigner et les appellations cliniques auxquelles ces tendances correspondent. Nous avons constaté que les questions de Woodworth-Mathews peuvent se classer facilement dans la série des types cliniques du caractère dont l'un de nous a déjà donné à maintes reprises la description psychiatrique (1). Le classement des questions et des réponses a été fait comme suit :

1° Questions et réponses indiquant des tendances à l'émotivité simple.

2° Questions et réponses indiquant des tendances aux obsessions et à un état psychasthénique.

3° Questions et réponses indiquant des tendances schizoïdes.

4° Questions et réponses indiquant des tendances paranoïaques.

5° Questions et réponses indiquant des tendances dépressives et hypocondriaques.

6° Questions et réponses indiquant des tendances impulsives et épileptiques.

7° Questions et réponses indiquant des tendances à l'instabilité.

8° Questions et réponses indiquant des tendances anti-sociales (perversions).

En opérant ce classement, nous avons dû éliminer certaines questions qui ne semblaient correspondre à aucune tendance définie et en ajouter d'autres plus caractéristiques. Il est alors apparu que si certaines questions peuvent indiquer des tendances bien déterminées, d'autres peuvent être symptomatiques, aussi bien d'une tendance que d'une autre. Il a donc fallu classer ces dernières dans deux ou trois groupes de tendances et constituer ainsi des questions ambivalentes et même trivalentes.

(1) G. HEUYER. — « Les troubles du caractère chez l'enfant ». *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 février 1922, et travaux ultérieurs sur le même sujet.

Ce classement achevé, le plus simple eût été évidemment d'avoir, pour chaque tendance, un nombre égal de questions. De cette manière, il eut suffi, pour trouver la tendance dominante et obtenir une vue d'ensemble du caractère, d'attribuer un point à chaque réponse significative, puis d'additionner ces points en les classant selon les tendances indiquées.

Mais cette méthode ne nous fut pas possible ; il fallut, pour arriver à une appréciation quantitative des réponses significatives, recourir à un autre procédé. Le nombre total des questions pour chaque rubrique étant établi, nous avons cherché, pour chacune des rubriques, un coefficient qui, multiplié par le nombre de questions, pût donner le même total pour toutes les rubriques ; selon la rubrique sous laquelle une question est placée, cette dernière prend ainsi une valeur indicative plus ou moins élevée. Par exemple : le nombre total de questions classées sous la rubrique « Tendances paranoïaques » est 18, celui des questions posées sous la rubrique « Tendances schizoïdes » est 10. En multipliant le premier chiffre par 20 on obtient un total de 360 ; en multipliant le second chiffre par 36 on obtient le même total. Il a donc été attribué à chaque question classée sous la rubrique « Tendances paranoïaques », une valeur de 20 et à chaque question classée sous la rubrique « Tendances schizoïdes », une valeur de 36 et ainsi de suite.

Nous donnons, ci-après, le tableau des rubriques dont chacune est suivie du nombre total des questions et du coefficient assigné :

RUBRIQUES	NOMBRE DE QUESTIONS	COEFFI- CIENT	TOTAL POUR CHAQUE RUBRIQUE
1. Emotivité simple.....	13	28	364
2. Psychasthénie, obsessions.	15	24	360
3. Tendances schizoïdes.....	12	30	360
4. Tendances paranoïaques..	18	20	360
5. Tendances dépressives et hypocondriaques.....	14	26	364
6. Tendances impulsives ou épileptiques.....	10	36	360
7. Tendances instables	7	52	364
8. Tendances anti-sociales...	7	52	364

Dans cette attribution du coefficient, nous avons traité de la même manière les questions simples, les questions ambivalentes et les questions trivalentes. Cette procédure adoptée dès le début de la recherche, s'est trouvée pleinement justifiée par les résultats. Le caractère de l'individu est un ensemble de tendances plus ou moins nettes. Pour un sujet donné, ces tendances peuvent toutes se trouver dans une zone neutre, c'est-à-dire qu'aucune d'elles ne semble dominer l'autre. Dans ce cas, le caractère peut être considéré comme bien intégré: les chiffres obtenus seront tous très faibles. Ou bien le caractère peut être déséquilibré: les chiffres peuvent être élevés pour toutes les rubriques, mais sans qu'il soit possible de trouver la dominante. D'autres fois, au contraire, une ou deux des tendances se dégagent nettement de l'analyse quantitative. Les questions ambivalentes et trivalentes donnent pour ainsi dire la tonalité générale et déterminent la zone neutre; les questions simples qui viennent s'y ajouter éclairent cette neutralité, font ressortir une tendance essentielle et permettent le diagnostic.

En général, comme on le verra dans les observations d'enfants que nous donnons à la suite de ce texte, chaque fois que les chiffres obtenus pour une rubrique dépassent environ le tiers du total, soit 120, la tendance indiquée par cette rubrique peut être considérée comme constituant un des éléments importants du caractère.

Toutefois, dans cette appréciation, il faut tenir compte de l'ensemble des chiffres. Pour tel sujet qui présente un caractère tout à fait déséquilibré, la majeure partie des chiffres peut être au-dessus de 120. Les tendances considérées comme caractéristiques doivent donner un chiffre plus élevé. Pour tel autre sujet, la majeure partie des chiffres peut être très faible et le chiffre à considérer s'élever à peine au-dessus de 100. Il est évident que dans ce dernier cas, ce chiffre ne peut être considéré que comme révélateur d'une tendance très légère dont la manifestation peut passer inaperçue.

Enfin, nous aurions pu simplifier les coefficients en les divisant par deux; nous les avons gardés tels qu'ils sont pour la commodité du chiffre 100, au-dessus duquel se dessinent les tendances caractéristiques.

Nous donnons ci-dessous le questionnaire Woodworth-Mathews modifié, dont nous nous servons. On trouvera le questionnaire original dans les textes que nous avons mentionnés à la bibliographie.

Nous avons placé en face de chaque question la réponse

significative ainsi que le classement de ces réponses selon les rubriques. On verra que sur un total de 76 questions, le questionnaire comprend 56 questions simples, 19 questions ambivalentes et 1 question trivalente.

Questionnaire Woodworth-Mathews

TABLEAU I (1)

I. EMOTIVITÉ SIMPLE

1. Avez-vous peur dans l'obscurité ? (2).
2. Avez-vous plus souvent des peurs que les autres personnes ? (8).
3. Rêvez-vous parfois de gens qui sont morts ? (11).
4. Vous rongez-vous parfois les ongles si fort que vous vous faites mal ? (12).
5. Vous arrive-t-il de bégayer par émotion ? (13).
6. Supportez-vous facilement la vue du sang ? (21).
7. Avez-vous des frayeurs au milieu de la nuit ? (9).
8. Entendez-vous des bruits qui vous font peur la nuit ? (10).

II. PSYCHASTHÉNIE ET OBSESSIONS

1. Savez-vous toujours bien ce que vous voulez faire ? (32).
2. Vous est-il difficile de vous décider quand il faut faire quelque chose ? (33).
3. Avez-vous peur de l'orage ? (3).
4. Avez-vous peur de l'eau ? (4).
5. Avez-vous peur d'aller dans le métro ou de traverser un tunnel ? (5).
6. Avez-vous peur de traverser un pont sur l'eau ? (6).
7. Avez-vous envie de sauter quand vous vous trouvez sur un pont ? (7).
8. Avez-vous des superstitions ?
9. Avez-vous parfois peur de traverser une rue ou une place large ? (38).
10. Avez-vous parfois peur de vous asseoir dans une petite pièce fermée ? (39).
11. Avez-vous déjà eu envie de mettre le feu ? (41).
12. Avez-vous l'habitude de regarder sous votre lit avant de vous endormir ? (42).

III. TENDANCES SCHIZOÏDES

1. Êtes-vous généralement heureux ? (48).
2. Avez-vous parfois le sentiment de n'être pas comme les autres ? (49).
3. Avez-vous parfois l'idée que personne ne vous comprend ? (50).
4. Imaginez-vous souvent que vous avez une autre vie à côté de celle de tous les jours ? (51).

(1) Le tableau I présente les questions *simples* classées par rubriques de tendances caractérielles. Chaque question est précédée d'un numéro sous lequel elle figure au tableau III. Celui-ci présente l'ensemble des questions dans l'ordre où nous les posons à l'enfant.

5. Imaginez-vous que vous êtes un enfant adopté et vous est-il difficile de vous débarrasser de cette idée ? (52).

IV. TENDANCES PARANOÏAQUES

1. Est-ce que les autres enfants vous laissent jouer avec eux ? (45).
2. Aimez-vous d'habitude commander dans vos jeux ? (47).
3. Vous faites-vous facilement des amis ? (55).
4. Croyez-vous que les gens vous aiment autant qu'ils aiment les autres enfants ? (57).
5. Avez-vous parfois l'idée que personne ne vous aime ? (58).
6. Trouvez-vous difficile de vivre en paix à l'école ? (59).
7. Trouvez-vous difficile de vivre en paix chez vous, à la maison ? (60).
8. Votre famille est-elle juste envers vous ? (61).
9. Vos maîtres sont-ils justes envers vous ? (62).
10. Etes-vous souvent ennuyé par l'idée qu'on est en train de vous suivre ? (63).
11. Avez-vous parfois l'impression qu'on veut vous faire du mal ? (64).

V. DÉPRESSIONS, HYPOCONDRIE

1. Eprenez-vous souvent des douleurs ? (22).
2. Sentez-vous souvent comme si vous ne pouviez plus respirer ? (23).
3. Vous sentez-vous généralement fort et en bonne santé ? (24).
4. Avez-vous souvent mal à la tête ? (28).
5. Y a-t-il des plats qui vous rendent très malades ? (29).
6. Y a-t-il des plats qui vous dégoûtent tellement que vous ne pouvez pas en manger ? (30).

VI. TENDANCES ÉPILEPTOÏDES

1. Vous êtes-vous déjà sauvé de chez vous ? (37).
2. Vous arrive-t-il de casser des objets quand vous vous mettez en colère ? (66).
3. Vous mettez-vous parfois en colère pour des motifs qui n'en valent pas la peine ? (67).
4. Vous êtes-vous jamais évanoui ? (68).
5. Vous évanouissez-vous souvent ? (69).
6. Sentez-vous parfois que votre vue se trouble ? (70).

VII. INSTABILITÉ

1. Pouvez-vous rester assis longtemps sans bouger ? (14).
2. Avez-vous eu l'habitude de remuer la tête, le cou, les épaules ? (15).
3. Aimez-vous souvent changer d'occupations ? (16).
4. Vous reproche-t-on souvent d'être distrait ? (17).
5. Aimez-vous jouer longtemps au même jeu ? (18).

VIII. TENDANCES PERVERSES

1. Aimerez-vous un métier où l'on tue les animaux ? (71).
2. Avez-vous déjà souhaité du mal à quelqu'un ? (72).

TABLEAU II (1)

QUESTIONS AMBIVALENTES	RUBRIQUES							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. Avez-vous toujours peur d'être grondé ? (1).....	+	-	-	+	-	-	-	-
2. Avez-vous des frayeurs au milieu de la nuit ? (9).....	+	-	-	-	-	+	-	-
3. Entendez-vous des bruits qui vous font peur la nuit ? (10).....	+	-	-	-	-	+	-	-
4. Vous fait-on parfois tant de peine que vous pleurez ? (19).....	+	-	-	-	+	-	-	-
5. Résistez-vous à la douleur aussi longtemps que les autres personnes ? (20).....	+	-	-	-	-	-	-	+
6. Avez-vous très peur du feu ? (40)...	+	+	-	-	-	-	-	-
7. Vous sentez-vous encore fatigué en vous levant le matin ? (25).....	-	+	-	-	+	-	-	-
8. Vous sentez-vous presque toujours fatigué ? (26).....	-	+	-	-	+	-	-	-
9. Vous êtes-vous déjà senti poussé à vous sauver de chez vous ? (36)...	-	+	-	-	-	-	+	-
10. Vous ennuyez-vous la plupart du temps ? (27).....	-	-	+	-	+	-	-	-
11. Avez-vous déjà désiré vous sauver de chez vous ? (35).....	-	-	+	+	-	-	+	-
12. Aimez-vous jouer avec les autres enfants ? (43).....	-	-	+	+	-	-	-	-
13. Aimez-vous mieux jouer tout seul ou avec les autres ? (44).....	-	-	+	+	-	-	-	-
14. Vous mettez-vous souvent en colère ? (46).....	-	-	+	-	+	-	-	-
15. Avez-vous d'autres idées du même genre ? (53).....	-	-	+	+	-	-	-	-
16. Etes-vous souvent ennuyé par l'idée que les choses autour de vous n'existent réellement pas ? (54).....	-	-	+	-	+	-	-	-
17. Avez-vous eu parfois le sentiment que vous faisiez des actes coupables ? (56).....	-	-	-	+	+	-	-	-
18. Vous fâchez-vous, quand on résiste à ce que vous voulez ? (65).....	-	-	-	+	-	+	-	-
19. Dormez-vous généralement bien ? (31)	-	-	-	-	+	+	-	-

(1) La tableau II présente les questions ambivalentes. A droite du tableau se trouvent les rubriques. Une croix indique, pour chaque question, les rubriques de tendances caractérielles, sous lesquelles elle doit être classée.

TABEAU III (1)

Rép. SIGNIFI- CATIVES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	EMOTIVITÉ SIMPLE	PSYCHASTHÉNIE ET OBSESSION	TENDANCES SCHIZOÏDES	TENDANCES PARANOÏAQUES	DÉPRESSION, HYPOCONDRIE	TENDANCES ÉPILEPTOÏDES	INSTABILITÉ	TENDANCES PERVERSES
1. Avez-vous toujours peur d'être grondé ?	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Avez-vous peur dans l'obscurité ?	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Avez-vous peur de l'orage ?	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Avez-vous peur de l'eau ?	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Avez-vous peur d'aller dans le métro ou de traverser un tunnel ?	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Avez-vous peur de traverser un pont sur l'eau ?	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Avez-vous envie de sauter quand vous vous trouvez sur un pont ?	+	+	+	+	+	+	+	+
8. Avez-vous plus souvent des peurs que les autres personnes ?	+	+	+	+	+	+	+	+
9. Avez-vous des frayeurs au milieu de la nuit ?	+	+	+	+	+	+	+	+
10. Entendez-vous des bruits qui vous font peur la nuit ?	+	+	+	+	+	+	+	+
11. Rêvez-vous parfois de gens qui sont morts ?	+	+	+	+	+	+	+	+
12. Vous rongez-vous parfois les ongles si forts que vous vous faites mal ?	+	+	+	+	+	+	+	+
13. Vous arrive-t-il de bégayer par émotion ?	+	+	+	+	+	+	+	+
14. Pouvez-vous rester assis longtemps sans bouger ?	+	+	+	+	+	+	+	+
15. Avez-vous eu, l'habitude de remuer le cou, la tête, les épaules ?	+	+	+	+	+	+	+	+
16. Aimez-vous changer souvent d'occupations ?	+	+	+	+	+	+	+	+
17. Vous reproche-t-on souvent d'être distrait ?	+	+	+	+	+	+	+	+
18. Aimez-vous jouer longtemps au même jeu ?	+	+	+	+	+	+	+	+
19. Vous fait-on parfois tant de peine que vous pleurez ?	+	+	+	+	+	+	+	+
20. Résistez-vous à la douleur aussi longtemps que les autres per- sonnes ?	+	+	+	+	+	+	+	+

(1) Le tableau III présente l'ensemble des questions dans l'ordre où nous les posons à l'enfant. A droite du tableau nous indiquons la réponse qui doit être considérée comme significative et le classement des questions selon les rubriques.

Rép. SIGNIFI- CATIONS	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
EMOTIVITÉ SIMPLE	PSYCHASTHÉNIE ET OBSESSION	TENDANCES SCHIZOÏDES	TENDANCES PARANOÏAQUES	DÉPRESSION, HYPOCONDRIE	TENDANCES ÉPILEPTOÏDES	INSTABILITÉ	TENDANCES PERVERSES	
21. Supportez-vous facilement la vue du sang ?.....	+							
22. Eprenez-vous souvent des douleurs ?.....								
23. Sentez-vous souvent comme si vous ne pouviez plus respirer ?...								
24. Vous sentez-vous généralement fort et en bonne santé ?.....								
25. Vous sentez-vous encore fatigué en vous levant le matin ?.....								
26. Vous sentez-vous presque toujours fatigué ?.....								
27. Vous ennuyez-vous la plupart du temps ?.....								
28. Avez-vous souvent mal à la tête ?.....								
29. Y a-t-il des plats qui vous rendent très malades ?.....								
30. Y a-t-il des plats qui vous dégoûtent tellement que vous ne pouvez pas les manger ?.....								
31. Dormez-vous généralement bien ?.....								
32. Savez-vous toujours bien ce que vous voulez faire ?.....								
33. Vous est-il difficile de vous décider quand il faut faire quelque chose ?.....								
34. Avez-vous des supérlitions ?.....								
35. Avez-vous déjà désiré vous sauver de chez vous ?.....								
36. Vous êtes-vous déjà senti poussé à vous sauver de chez vous ?...								
37. Vous êtes-vous déjà sauvé de chez vous ?.....								
38. Avez-vous parfois peur de traverser une rue ou une place large ?								
39. Avez-vous parfois peur de vous assoir dans une peti e pièce fermée ?.....								
40. Avez-vous très peur du feu ?.....								
41. Avez-vous déjà eu envie de mettre le feu ?.....								

Rép. SIGNIFI- CATIVES	EMOTIVITÉ SIMPLE	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
		PSYCHASTHÉNIE ET OBSESSION	TENDANCES SCHIZOÏDES	TENDANCES PARANOÏAQUES	DÉPRESSION, HYPOCONDRIE	TENDANCES ÉPILEPTOÏDES	INSTABILITÉ	TENDANCES PERVERSES	
42. Avez-vous l'habitude de regarder sous votre lit avant de vous endormir ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
43. Aimez-vous jouer avec les autres enfants ?.....	Non	+	+	+	+	+	+	+	+
44. Aimez-vous mieux jouer tous seul qu'avec les autres ?.....	tout seul	+	+	+	+	+	+	+	+
45. Est-ce que les autres enfants vous laissent jouer avec eux ?.....	Non	+	+	+	+	+	+	+	+
46. Vous mettez-vous souvent en colère ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
47. Aimez-vous d'habitude commander dans vos jeux ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
48. Etes-vous généralement heureux ?.....	Non	+	+	+	+	+	+	+	+
49. Avez-vous parfois le sentiment de n'être pas comme les autres ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
50. Avez-vous parfois l'idée que personne ne vous comprend ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
51. Imaginez-vous souvent que vous avez une autre vie à côté de celle de tous les jours ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
52. Imaginez-vous que vous êtes un enfant adopté et vous est-il difficile de vous débarrasser de cette idée ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
53. Avez-vous d'autres idées du même genre ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
54. Etes-vous souvent ennuyé par l'idée que les choses autour de vous n'existent réellement pas ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
55. Vous faites-vous facilement des amis ?.....	Non	+	+	+	+	+	+	+	+
56. Avez-vous eu parfois le sentiment que vous faisiez des actes coupables ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+
57. Croyez-vous que les gens vous aiment autant qu'ils aiment les autres enfants ?.....	Non	+	+	+	+	+	+	+	+
58. Avez-vous parfois l'idée que personne ne vous aime ?.....	Oui	+	+	+	+	+	+	+	+

Rép. SIGNIFICA- TIVES	EMOTIVITÉ SIMPLE	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
			PSYCHASTHÉNIE ET OBSESSION	TENDANCES SCHIZOÏDES	TENDANCES PARANOÏAQUES	DÉPRESSION, HYPOCONDRIE	TENDANCES ÉPILEPTOÏDES	INSTABILITÉ	TENDANCES PERVERSES
59. Trouvez-vous difficile de vivre en paix à l'école ?.....	Oui	—	—	—	+	—	—	—	—
60. Trouvez-vous difficile de vivre en paix chez vous, à la maison ?.	Oui	—	—	—	+	—	—	—	—
61. Votre famille est-elle juste envers vous ?.....	Non	—	—	—	+	—	—	—	—
62. Vos maîtres sont-ils justes envers vous ?.....	Non	—	—	—	+	—	—	—	—
63. Êtes-vous souvent ennuyé par l'idée qu'on est en train de vous suivre ?.....	Oui	—	—	—	+	—	—	—	—
64. Avez-vous parfois l'impression qu'on veut vous faire du mal ?.	Oui	—	—	—	+	—	—	—	—
65. Vous fâchez-vous quand on résiste à ce que vous voulez ?.....	Oui	—	—	—	+	—	—	—	—
66. Vous arrivé-t-il de casser les objets quand vous vous mettez en colère ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
67. Vous mettez-vous parfois en colère pour des motifs qui n'en valent pas la peine ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
68. Vous êtes-vous jamais évanoui ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
69. Vous évanouissez-vous souvent ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
70. Sentez-vous parfois que votre vue se trouble ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
71. Aimerez-vous un métier où l'on tue les animaux ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
72. Avez-vous souhaité déjà du mal à quelqu'un ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
73. Taquinez-vous les autres jusqu'à ce qu'ils pleurent ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
74. Eprouvez-vous parfois un certain plaisir à faire du mal à une personne ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
75. Eprouvez-vous parfois un certain plaisir à faire du mal à un animal ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
76. Avez-vous déjà eu envie de voler ?.....	Oui	—	—	—	—	—	—	—	—
		13	15	12	18	14	10	7	7

3. Taquinez-vous les autres jusqu'à ce qu'ils pleurent ? (73).
4. Eprouvez-vous un certain plaisir à faire du mal à une personne ? (74).
5. Eprouvez-vous un certain plaisir à faire du mal à un animal ? (75).
6. Avez-vous déjà eu envie de voler ? (76).

II. — TEST DE BARRAGE PRESSEY

Ce test comporte trois séries d'épreuves. La technique générale de ces épreuves est de présenter au sujet des séries de mots groupés par 5, sur une ligne, et de lui demander de barrer, pour chaque ligne, certains mots, selon une consigne déterminée.

Dans la première épreuve, on lui demande de barrer tous les mots qui désignent des actes, des pensées, des personnes ou des choses qui l'ennuient, qui l'agacent, qui lui donnent du souci ou de la peine, et dont, dans l'ensemble, il n'aime pas entendre parler ; il doit ensuite encercler, sur chaque ligne, le mot qui lui cause le plus de désagrément.

Dans la deuxième épreuve, le sujet doit barrer tous les mots qui, d'après lui, signifient des actes qu'on ne doit pas faire, ceux qu'il trouve mauvais ou pour lesquels on mérite d'être puni. Ensuite, il doit entourer d'un cercle le mot qui, dans chaque ligne, lui paraît représenter l'action la plus blâmable.

Dans la troisième épreuve, il doit barrer tous les mots qui désignent des activités qui l'intéressent, ce qu'il aime ou ce qu'il aimerait faire. Ce travail fini, il doit choisir, dans chaque ligne, le mot qui représente l'activité la plus intéressante, et l'entourer d'un cercle.

Ce procédé utilise donc une certaine forme d'association pour déceler les goûts et les tendances affectives d'un sujet. Il possède l'avantage de ne permettre que très vaguement au sujet de comprendre le but du travail et de rendre ainsi la fraude moins facile.

L'auteur du test, et ceux qui ont repris son travail pour le vérifier, l'ont utilisé de la manière suivante :

Le nombre total de mots barrés par le sujet, dans les trois épreuves, est relevé et indique la note « d'affectivité » ; ensuite, on compare les mots encerclés sur chaque ligne à ceux qui ont été le plus souvent encerclés par la majorité du groupe auquel le sujet appartient ou par celle du groupe auquel on le compare ; puis, on additionne le nombre total de mots par lequel le sujet dévie de la norme établie et on obtient sa « note de déviation ». Les deux notes donnent :

l'une, la mesure de l'affectivité générale du sujet ; l'autre, celle de ses tendances individuelles.

De même que le questionnaire Woodworth-Mathews, le test de barrage Pressey a été souvent utilisé pour des recherches psychologiques. Sans nous étendre ici sur les diverses conclusions auxquelles ces recherches ont abouti aux Etats-Unis ou en Angleterre, il semble que la plupart des auteurs s'accordent pour trouver à ces tests une valeur de diagnostic. De plus, il apparaît que les trois épreuves ont peu de rapport les unes avec les autres et que les résultats méritent d'être considérés séparément.

Au cours de notre recherche, nous avons fait subir au test Pressey des modifications importantes, tant au point de vue de la présentation du test que de l'interprétation des résultats. Nous désignons néanmoins ces épreuves sous le nom du premier auteur puisque nous avons gardé les idées essentielles : série de trois épreuves, dont nous n'avons pas modifié la consigne, et liste de mots à barrer.

En ce qui concerne la traduction, nous avons dû supprimer des mots qui se laissent difficilement traduire et qui représentent des activités ou des habitudes plus fréquentes pour l'enfant américain que pour le petit Français ; par contre, nous avons ajouté des mots que ne contenaient pas les tests américains.

Dans les épreuves de Pressey, les groupes de mots sont présentés à la suite, sur une ligne ; chaque épreuve comprend 5 lignes ayant chacune 5 mots. Cette présentation nous a paru fatigante pour le sujet. Nous avons essayé de disposer les mots en colonnes, de haut en bas, et en les groupant de 5 en 5. L'expérience nous a montré que cette forme de présentation est meilleure : l'enfant travaille plus vite et le correcteur a plus de facilité à relever les mots barrés.

Nous avons également modifié l'ordre dans lequel nous présentons les épreuves ; c'est ainsi que l'épreuve n° 2 (mots qui ennuiant et qui énervent) étant celle qui demande à l'enfant le plus grand effort de réflexion, est donnée la première. Cette feuille est désignée dans notre série sous le nom de « feuille des complexes ». Suit l'épreuve dans laquelle le sujet doit barrer les mots qui, d'après lui, indiquent une action que l'on ne doit pas faire ; nous la désignons sous le nom de « feuille de moralité ». En dernier lieu, nous donnons l'épreuve n° 3 de Pressey, que nous appelons « feuille d'intérêts ». Enfin, nous avons supprimé, pour les trois épreuves, la consigne des mots à encercler.

La modification la plus importante a porté sur l'interpréta-

tion des résultats. D'accord avec tous les auteurs qui ont étudié ces tests : Bridges J.-W. et K.-M.-B., Chambers O.-R., Collins M. Tjarden J.-C. et A. Courthial, etc., nous considérons les trois épreuves comme donnant des renseignements d'ordre différent ; il n'est pas possible d'ajouter les résultats les uns aux autres comme a essayé de le faire Pressey. Chaque épreuve est donc étudiée et interprétée séparément. Afin d'obtenir une appréciation quantitative des résultats, nous avons opéré, pour les épreuves, le classement des mots selon certaines rubriques.

Les rubriques sont les suivantes :

N° 1. — feuille des complexes :

- a) complexes scolaires ;
- b) — religieux ;
- c) — de maladie ;
- d) — de crainte et d'anxiété ;
- e) — d'hostilité égocentrique ;
- f) mauvaise adaptation sociale ;
- g) complexes familiaux ;
- h) — sexuels.

N° 2. — feuille de moralité :

- a) défaut de moralité ;
- b) — d'émotivité ;
- c) — d'éducation ;
- d) — de sens social ;
- e) sentiment d'infériorité physique.

N° 3. — feuille d'intérêts :

- a) intérêts de travail ;
- b) — artistiques ;
- c) — de divertissements ;
- d) — sportifs ;
- e) — sociaux ;
- f) — digestifs ;
- g) — sexuels ;
- h) — religieux.

Connaissant le nombre total de mots sous chaque rubrique, nous calculons le pourcentage des mots rayés par le sujet, par rapport à ce total. C'est ce relevé des pourcentages qui nous sert, pour chaque épreuve, à donner l'interprétation quantitative.

Nous publions ci-après les épreuves telles que nous les

employons et renvoyons, pour l'original, aux études dont nous donnons le titre au chapitre bibliographique. Devant chaque mot se trouve une lettre qui correspond à la rubrique sous laquelle ce mot est classé. On trouvera, sur chacune des feuilles, la liste des mots correspondant à chaque rubrique.

Il convient également de mentionner que, dans l'épreuve n° 3, « feuille d'intérêts », dès que le sujet a achevé de barrer les mots, nous lui demandons d'inscrire au verso de la feuille et sans se préoccuper des mots qu'il a barrés au recto, les trois activités de travail et les trois activités de jeux qui l'intéressent le plus.

EPREUVE N° 1 (*Feuille des complexes*)

NOM :

DATE :

Consigne : Lisez les mots qui suivent et qui sont partagés en groupes de cinq, et dans chaque groupe, rayez tous les mots qui signifient des choses qui *vous énervent*, celles dont *vous n'aimez pas qu'on vous parle*, qui *vous causent du souci*. Vous pouvez rayer autant ou aussi peu de mots que vous voudrez. Il y a des groupes où vous ne trouverez peut-être aucun mot à rayer.

Prenez garde de ne rayer que les mots qui vous causent du souci et vous rendent nerveux.

a1 travail	c21 suffocation	e41 dédain
a2 école	c22 mélancolie	e42 injuste
a3 manque de mémoire	c23 migraine	e43 insulter
a4 insuccès	c24 dépression	e44 colère
a5 maître	c25 maladie	e45 mauvaise humeur
a6 récitation	c26 cancer	e46 ennemi
a7 leçon	c27 sourd	e47 rival
a8 camarade	c28 microbes	e48 ricaner
a9 livre	c29 nerveux	e49 révolter
a10 bêtise	c30 fou	e50 taquin
b11 péché	d31 inondation	f51 popularité
b12 Dieu	d32 poison	f52 dénuement
b13 doute	d33 évanouissement	f53 foule
b14 religion	d34 santé	f54 solitude
b15 pardon	d35 indigestion	f55 société
b16 morale	d36 obscurité	f56 vulgarité
b17 âme	d37 rêves	f57 habits
b18 confession	d38 pensées	f58 apparence
b19 sorcier	d39 bégaiement	f59 habitude
b20 conscience	d40 timidité	f60 mensonge

g61 frère	c81 tuberculose	e101 police
g62 sœur	c82 faiblesse	e102 voisin
g63 mère	c83 fatigue	e103 détective
g64 père	c84 fièvre	e104 juge
g65 famille	c85 vertige	e105 tribunal
h66 faute	d86 se noyer	f106 salle de jeu
h67 garçon	d87 crise de nerf	f107 cinéma
h68 fille	d88 mort	f108 athlétique
h69 mœurs	d89 cimetière	f109 fumer
h70 fiançailles	d90 naufrage	f110 club
h71 rougir	d91 tempête	f111 danser
h72 passion	d92 chute	f112 chic
h73 mariage	d93 cauchemar	f113 bizarrerie
h74 amie	d94 sommeil	f114 cambriolage
h75 amour	d95 foudre	f115 duels
c76 estropié	e96 jalousie	
c77 accident	e97 persécution	
c78 malaise	e98 raillerie	
c79 douleur	e99 brutalité	
c80 médecine	e100 patron	

EPREUVE N° 2 (Feuille de moralité)

NOM :

DATE :

Consigne : Lisez les groupes de mots qui suivent, et dans chaque groupe, rayez tous les mots qui désignent des choses mauvaises, celles que, à votre avis, *on ne doit pas faire*, et pour lesquelles il y aurait lieu d'adresser des reproches à quelqu'un. Vous pouvez rayer autant ou aussi peu de mots que vous voudrez ; peut-être y aura-t-il des groupes dans lesquels vous ne rayerez aucun mot.

Prenez garde de ne rayer que *ce qui vous semble mauvais*.

a1 mendier	c11 fumer	a21 vantard
a2 paresse	c12 cracher	a22 impertinence
a3 ignorance	c13 pouffer de rire	a23 tête
a4 astuce	c14 faiseur d'embarras	a24 flatterie
a5 mensonge	c15 laisser aller	a25 bluff
b6 peur	d16 guerre	b26 douceur
b7 colère	d17 roi	b27 critique
b8 soupçon	d18 révolution	b28 hésitation
b9 mépris	d19 socialisme	b29 mélancolie
b10 faiblesse	d20 émeute	b30 irritabilité

c31 excentrique	c56 chic	d81 dette
c32 sportif	c57 vulgaire	d82 prêtre
c33 gaucherie	c58 efféminé	d83 rivalité
c34 argot	c59 danser	d84 grève
c35 snob	c60 jazz	d85 république
d36 aristocrate	d61 bagarre	e86 bêtise
d37 divorce	d62 provocation	e87 sottise
d38 bande de garçons	d63 lutte	e88 estropié
d39 politique	d64 concours	e89 stupidité
d40 déclassé	d65 syndicat	e90 folie
a41 lâcheté	a66 négligence	a91 cupidité
a42 intrigue	a67 écoeuv. buissonnière	a92 taquinerie
a43 importun	a68 vaniteux	a93 chiper
a44 prodigalité	a69 oisiveté	a94 impudent
a45 lenteur	a70 laderrie	a95 crâne. ie
a46 glouton	a71 orgueil	a96 fanfaron
a47 poltron	a72 sournois	a97 arriviste
a48 avarice	a73 distrait	a98 emprunter
a49 tricherie	a74 concourir	a99 indigestion
a50 indiscretion	a75 dispute	a100 blague
b51 insouciance	c76 jeu de cartes	
b52 rêverie	c77 tabac	
b53 timidité	c78 billes	
b54 fanatique	c79 aplomb	
b55 jeu	c80 rudesse	

(EPREUVE N° 3 (*Feuille d'intérêts*))

NOM :

DATE :

Consigne : Lisez les groupes de mots qui suivent, et dans chaque groupe, rayez tous les mots qui désignent des choses qui *vous intéressent*, celles que *vous aimez faire*. Vous pouvez rayer autant et aussi peu de mots que vous voudrez. Il y a des groupes où vous ne rayerez peut-être aucun mot.

Prenez garde de ne rayer que ce qui vous intéresse.

a1 étudier.	b6 opérette.	c11 hôtel.
a2 lire.	b7 Beethoven.	c12 dire la bonne aventure.
a3 conférence.	b8 Napoléon.	c13 foire.
a4 enseigner.	b9 Raphaël.	c14 danser.
a5 vendre.	b10 Goethe.	c15 rêver le jour.

d16 ramer.	c56 partie de cartes.	g96 embrasser.
d17 plage.	c57 bridge.	g97 flirter.
d18 montagne.	c58 fêtes.	g98 gentille fille.
d19 campement.	c59 dormir.	g99 fille bavarde.
d20 tennis.	c60 flâner.	g100 fille sportive.
a21 écrire à la machine.	d61 sports.	h101 psauterie.
a22 ingénieurs.	d62 marier.	h102 résurrection.
a23 français.	d63 voyage.	h103 conversion.
a24 dessin.	d64 soldat.	h104 prière.
a25 anglais.	d65 pêche à la ligne.	h105 prêtre.
b26 chanteur de rue.	a66 professeur.	a106 concourir.
b27 saxophone.	a67 négociant.	a107 culture.
b28 jazz-band.	a68 commerce.	a108 ménage.
b29 flûte.	a69 mécanicien.	a109 calcul.
b30 guitare.	a70 électricité.	a110 avocat.
c31 parler.	b71 le Cid.	e111 villes.
c32 fumer.	b72 d'Artagnan.	e112 bébés.
c33 valse.	b73 Robinson.	e113 campagne.
c34 jeux.	b74 poème.	e114 réunion.
c35 chiromancie.	b75 antiquités.	e115 boule.
d36 excursion.	c76 manèges.	f116 alcool.
d37 marcher.	c77 se promener.	f117 bière.
d38 acrobate.	c78 revues illustrées.	f118 pique-nique.
d39 aviateur.	c79 cirques.	f119 moutarde.
d40 moniteur.	c80 journaux.	f120 limonade.
a41 histoire.	e81 enfants.	h121 église.
a42 sciences.	e82 brave garçon.	h122 couvent.
a43 collège.	e83 voyou.	h123 communion.
a44 travail.	e84 fils à papa.	h124 confession.
a45 homme d'affaires.	e85 meneur.	h125 sacrement.
a46 commerçant.	e86 mode.	g126 faire la cour.
a47 garde malades.	e87 société.	g127 joli garçon.
a48 livres.	e88 habits.	g128 Don Juan.
a49 chauffeur.	e89 toilette.	g129 noce.
a50 docteur.	e90 luxe.	g130 jolie fille.
b51 chant.	f91 repas.	
b52 solo.	f92 banquets.	
b53 acteur.	f93 cafés.	
b54 musicien.	f94 oignon.	
b55 artiste.	f95 choucroute.	

III. — TESTS DE SENS ÉTHIQUE

Pour établir ce test, nous nous sommes servi d'épreuves de moralité construites par May et Hartshorne. Tandis que la feuille de moralité de Pressey permet au sujet de formuler ses conceptions morales sur des bases, pour ainsi dire, théoriques, les tests de May et Hartshorne lui soumettent des exemples concrets : dans telle ou telle occasion, un enfant honnête mentirait-il ? volerait-il ? Les tests sont construits de telle manière que l'enfant exprime son opinion par un vote en soulignant les mots « *oui* » ou « *non* ». Les tests de sens éthique de May et Hartshorne sont longs et détaillés et peuvent être soumis à une appréciation statistique. Il n'en est pas ainsi de la feuille dont nous nous servons : elle ne représente qu'un extrait abrégé de ces tests et nous ne l'utilisons qu'en relation avec la feuille de moralité de Pressey. Il n'est donc pas possible de la considérer comme représentant, même en abrégé, les travaux de May et Hartshorne. Dans l'ensemble de nos épreuves, nous la désignons sous le nom de « feuille de sens éthique », étant entendu qu'elle a été empruntée aux travaux des deux auteurs précités.

Pour ce test, nous nous contentons, comme mesure, de compter les « *oui* » par rapport aux « *non* », les premiers étant toujours indicatifs d'un vote non conforme à l'éthique.

TEST DE SENS ÉTHIQUE

Partie 1

Chaque phrase commence par ces mots :

Un garçon ou une fille honnête, mentirait-il ?

pour s'éviter une histoire désagréable	<u>oui</u>	non
pour se procurer du travail	<u>oui</u>	non
pour pouvoir aller au cinéma	<u>oui</u>	<u>non</u>
si cela n'avait aucune importance	oui	<u>non</u>
pour faire une taquinerie à quelqu'un	<u>oui</u>	non
si son maître était sévère	oui	<u>non</u>
pour faire une bonne impression	<u>oui</u>	non

Partie 2

Chaque phrase commence par ces mots :

Un garçon ou une fille honnête, volerait-il ?

pour se procurer de l'argent	oui	non
s'il savait ne pas être attrapé	oui	non
s'il ne prenait que de petits objets sans importance	oui	non

si personne n'avait confiance en lui	oui	non
plutôt que d'avoir faim pendant toute une semaine	oui	non
plutôt que de porter des habits déchirés	oui	non
si cela ne faisait de mal à personne	oui	non

Partie 3

Chaque phrase commence par ces mots :

Un garçon ou une fille honnête tricherait-il dans un jeu ?

si, de cette manière, il rendait la pareille à un autre joueur	oui	non
si, de cette manière, il pouvait gagner un prix	oui	non
si les autres joueurs se vantaient d'être plus forts que lui	oui	non
si tout le monde trichait	oui	non
s'il pouvait gagner le prix pour sa classe	oui	non
si c'était seulement pour s'amuser	oui	non
si personne ne le surveillait	oui	non

Partie 4

Chaque phrase commence par ces mots :

Un garçon ou une fille tricherait-il ?

si ce qu'on lui donnait à faire était trop difficile	oui	non
si ce qu'on lui demandait de faire lui paraissait injuste	oui	non
s'il était en retard sur son travail	oui	non
si ses maîtres n'avaient aucune confiance en lui	oui	non
si cela pouvait lui faire passer l'examen	oui	non
si on l'avait grondé injustement	oui	non

Partie 5

Votez en donnant votre opinion sur ce qui permet de réussir ou empêche de réussir dans la vie. Lisez soigneusement chaque phrase et si vous pensez qu'elle est une cause de succès, soulignez *succès*, si vous pensez qu'elle est une cause de défaite, soulignez *défaite*.

<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre riche.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre intelligent.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre honnête.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre énergique.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Vivre sans aucune règle.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Avoir du courage.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre obligé de se débrouiller soi-même.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Lire de bons livres.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre économe.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Etre ami avec la police.
<u>SUCCÈS</u>	DÉFAITE	Avoir de hautes protections.

SUCCÈS	DÉFAITE	Etre prêt à aller jusqu'au bout, même si cela n'est pas très honnête.
SUCCÈS	DÉFAITE	Etre malin.
SUCCÈS	DÉFAITE	Avoir un sens élevé de l'honneur.

Partie 6

Votez en soulignant le mot *oui* ou le mot *non*.

Quelle est la personne qu'un garçon ou une fille voudrait aider ou secourir ?

Un garçon ou une fille voudrait-il aider ou secourir ?

un enfant plus jeune qui a besoin d'aide	oui	non
son père ou sa mère	oui	non
un étranger	oui	non
n'importe qui a besoin d'aide	oui	non
quelqu'un qui lui a fait du mal	oui	non
un animal qu'il aime	oui	non

IV. — FEUILLE D'ANALYSE DE CARACTÈRE

Cette quatrième épreuve est très simple : elle consiste en une liste de défauts et de qualités que l'on soumet à l'enfant en lui demandant de s'analyser lui-même et de mettre une croix devant les défauts et les qualités qu'il croit posséder, puis de biffer les autres. Des feuilles de ce genre sont utilisées par de nombreux laboratoires et ont surtout une valeur d'appréciation qualitative. En général, elles présentent les défauts et les qualités mélangés les uns aux autres, afin d'éviter qu'un sujet soit plus tenté de marquer des qualités que des défauts et vice-versa.

Nous nous sommes d'abord servi de ce procédé, mais les résultats n'étaient pas nets, car cette présentation entraînait une autre cause d'erreur : des sujets biffaient ou indiquaient d'une croix, à la fois une qualité et le défaut correspondant. De plus, il nous a semblé qu'il est intéressant d'observer chez nos sujets l'attitude qu'ils adoptent en face d'eux-mêmes. Il en est qui s'attribuent beaucoup plus de qualités que de défauts ; d'autres qui, au contraire, se trouvent beaucoup plus de défauts que de qualités. Nous avons donc groupé, d'un côté toutes les qualités, de l'autre tous les défauts. Le sujet doit faire un choix et, chaque fois qu'il met une croix de côté, il doit rayer le mot qui correspond dans la colonne en face.

Nous obtenons ainsi des résultats beaucoup plus nets. Les sujets prennent en général leur tâche au sérieux et cette épreuve est l'une de celles de la série qu'ils font le plus volontiers. L'ap-

préciation quantitative consiste à compter, d'une part, le nombre de défauts, d'autre part, les qualités. Enfin, quand le sujet a terminé sa tâche, on lui demande d'écrire au verso de la feuille et sans s'occuper de l'analyse qu'il vient de faire, ce qu'il considère comme ses trois plus grands défauts et ses trois plus grandes qualités.

IV. — FEUILLE D'ANALYSE DE CARACTÈRE

NOM

AGE

A.M.

Dans la liste des mots ci-dessous, mettez une croix devant les mots qui, à votre avis, représentent le mieux votre caractère. Faites bien attention de ne mettre une croix que devant les mots qui désignent une qualité que vous êtes sûr d'avoir, et n'oubliez pas que vous avez aussi certainement quelques défauts.

Biffez les qualités et les défauts que vous n'avez pas.

Propre.	Sale.
Généreux.	Avare.
Bon cœur.	Egoïste.
Patient.	Impatient.
Sobre.	Gourmand.
Laborieux.	Paresseux.
Conflant.	Méfiant.
Obéissant.	Désobéissant.
Affectueux.	Indifférent.
Soigneux.	Peu soigneux.
Franc.	Menteur.
Courageux.	Peureux.
Modeste.	Vaniteux.
Loyal.	Hypocrite.
Réservé.	Bavard.
Docile.	Entêté.
Doux.	Brutal.
Timide.	Effronté.
Ne me mets pas facilement en colère.	Me mets facilement en colère.
Suis généralement gai.	Suis généralement triste.
Ai un caractère égal.	Capricieux.
Cède facilement.	Autoritaire.
Ne boude pas.	Boudeur.
Poli.	Impoli.
Ne fais pas grande attention à la toilette.	Coquet
Attentif.	Distract.
Sans rancune.	Rancunier.

Laisse les autres tranquilles.

Réfléchi.

Intelligent.

Instruit.

N'aime pas les flatteries.

Aime être actif.

Conscientieux.

Raisonne bien.

Prudent.

Querelleur.

Etourdi.

Lent à comprendre.

Ignorant.

Aime les flatteries.

Aime rêvasser.

Négligent.

Manque souvent de bon sens.

Impulsif.

TECHNIQUE

La technique de nos épreuves est très simple. Nos épreuves de caractère ne sont pas des tests d'intelligence ; il convient seulement d'expliquer la tâche de telle manière que le sujet la comprenne parfaitement. Il faut le mettre tout à fait à son aise et, s'il est utile, lui donner des exemples pour lui montrer comment le travail doit être exécuté.

Dans notre pratique, nous donnons les épreuves du Pressey modifié, la feuille de sens éthique et la feuille d'analyse de caractère, sous la forme de tests collectifs. Nous avons remarqué qu'en groupe les sujets réagissent mieux ; ils se sentent plus stimulés, les épreuves les intriguent moins et, voyant qu'ils ne sont pas seuls à les exécuter, ils ne soupçonnent rien de désagréable. Nous commençons, en général, par la feuille d'analyse de caractère, puis nous continuons par les trois épreuves Pressey et, en dernier lieu, par la feuille de sens éthique.

Avant ou après ces épreuves, et le plus souvent après, car les sujets sont en confiance, nous leur donnons le questionnaire Woodworth-Mathews modifié, mais sous la forme de test individuel. Nous leur posons nous-même les questions à haute voix, en donnant toutes les explications nécessaires, s'ils comprennent mal, et nous soulignons les réponses. Le Woodworth-Mathews contient quelques questions difficiles (questions 51, 52, 54, par exemple). Certains sujets, travaillant en groupe, demandent des explications, qui gênent les autres, ou qui peuvent influencer les réponses de leurs camarades. De plus, en donnant ce test individuellement et en questionnant le sujet comme si on lui parlait, l'enfant ajoute souvent à ses réponses des commentaires précieux, quant à son attitude générale et il lui arrive de donner son opinion personnelle au sujet de ses difficultés d'adaptation. Ces commentaires permettent de mieux interpréter le sens de la réponse et d'éviter des erreurs.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Nous avons donné, au fur et à mesure, de la description de nos études de caractère, la manière d'en utiliser les résultats dans l'ordre quantitatif, mais il en est des épreuves de caractère comme des tests d'intelligence. Les chiffres ne donnent la solution que d'une partie du problème. Le niveau mental et le quotient d'intelligence, une fois déterminés, ou bien la note générale calculée, il reste encore à relever le graphique des réponses et à connaître la catégorie des épreuves réussies ou manquées par le sujet. Deux enfants peuvent avoir le même âge mental sans avoir la même intelligence. Il suffit que l'un d'eux réussisse surtout les tests de mémoire et d'imagination, l'autre des tests de jugement et de synthèse mentale, pour que le diagnostic soit différent ; ou bien, il suffit encore que l'un des enfants présente une grande dispersion dans ses résultats, alors que l'autre passe seulement les épreuves de 2 ou 3 âges pour que leurs aptitudes soient inégales en dépit de chiffres égaux. L'interprétation quantitative est une indication, elle ne devient compréhensible qu'éclairée par l'interprétation qualitative ; ni l'une ni l'autre ne peut suffire ; elles sont toutes deux nécessaires pour que le diagnostic ne soit pas faussé, d'une part, du fait d'une mauvaise observation et de partialité, d'autre part, du fait de trop de rigidité.

Il est donc nécessaire que des épreuves de caractère puissent être interprétées avec des chiffres ; mais, cette évaluation une fois faite, il faut passer à l'analyse détaillée des réponses et des réactions, en faire la synthèse et formuler un diagnostic de « qualité », comme pour l'appréciation finale de la « qualité » de l'intelligence.

En ce qui concerne les épreuves de caractère que nous venons de décrire, l'appréciation de qualité ne peut intervenir qu'à la fin des examens et après avoir obtenu tous les résultats. La feuille I de Pressey peut être analysée en relation avec le questionnaire Woodworth et la feuille de sens éthique en relation avec la feuille II de Pressey. A ces résultats, viennent s'ajouter encore la quantité et la qualité des intérêts formulés par le sujet. Les chiffres obtenus n'acquièrent leur valeur que s'ils sont étudiés et comparés entre eux et la synthèse doit être faite entre les différentes épreuves. Il en est d'un diagnostic de caractère comme d'un diagnostic médical en général ; les épreuves de laboratoire servent d'indication au médecin, mais il ne peut en tirer des déductions mathématiques ; les chiffres sont à la base du diagnostic, ils ne peuvent le remplacer.

Quelle est donc la valeur de l'interprétation du caractère fondée sur nos tests ? Quelle est la vérification de cette interprétation ? Dès le début de nos recherches, nous avons admis que le critère de notre série d'examens se trouve dans le dossier de l'enfant et le diagnostic clinique. Ce dossier, tel qu'il est composé à la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, comprend une étude complète du sujet : enquête sociale très approfondie, renseignements détaillés d'ordre familial, connaissances scolaires, conduite dans la famille, à l'école et dans l'apprentissage, examen de l'intelligence avec niveau mental et profil mental, examen d'orientation professionnelle avec profil moteur, renseignements médicaux complets, examen neuro-psychiatrique ; à ces documents, viennent s'ajouter les observations quotidiennes qui sont faites sur le comportement du sujet, soit au centre du Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, soit au cours du placement dans divers emplois. Le dossier, ainsi composé, constitue donc en lui-même une étude détaillée du caractère par les méthodes d'enquêtes et d'observation.

C'est parce que nous possédions dans ce dossier et dans le diagnostic clinique des tendances affectives du sujet, la possibilité de vérifier et de contrôler les conclusions auxquelles nos examens psychologiques nous permettaient d'aboutir, que le diagnostic avec les tests de caractère nous a paru possible sur le terrain pratique. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la construction d'épreuves du caractère se heurte à la difficulté de la vérification objective.

En ce qui concerne les tests d'intelligence, le critère généralement admis est le succès scolaire ; mais lorsque ce critère cesse d'exister, pour les adultes par exemple, il est beaucoup plus difficile de trouver la mesure de la valeur intellectuelle et de se mettre d'accord sur ce que les tests sont destinés à mesurer. Il en est de même pour le caractère. Le seul critère est la bonne adaptation du sujet à la vie familiale, scolaire et sociale. Mais cette adaptation ne se mesure pas mathématiquement : elle peut varier selon le milieu dans lequel on observe le sujet, ou selon les mobiles d'action qui poussent l'enfant ; ainsi la validité d'un critère dépend de l'exactitude des renseignements recueillis, qui ne doivent négliger aucune phase de la vie de l'enfant ou de l'adolescent.

Certains auteurs américains ont essayé d'éviter cette nécessité d'un critère, en tentant de mesurer le caractère par « l'échantillonnage » : on place le sujet dans différentes situations, aussi proches que possible de la vie courante, et capables de faire

naître en lui certaines émotions : colère, peur, désir de voler, de mentir, etc. Ces auteurs se sont alors heurtés à ce qu'ils désignent sous le nom de « spécificité des traits de caractère », c'est-à-dire que ces traits ne se reproduisent pas toujours dans les mêmes circonstances qui peuvent les faire naître et que le comportement varie selon les mobiles d'action.

Il suffit, en effet, d'examiner le dossier d'un enfant, pour s'apercevoir que les renseignements sont souvent contradictoires. Le caractère est un composé de tendances diverses, les unes plus fortes, les autres plus faibles. Les premières peuvent parfois se manifester plus fréquemment, mais elles n'empêchent pas les tendances plus faibles de se montrer dans certaines occasions favorables et même de l'emporter dans certaines circonstances. Il en résulte que l'étude par les tests du caractère et les résultats obtenus ne permettent pas de formuler des conclusions mathématiques et définitives et d'affirmer qu'en toutes circonstances les traits de caractère décelés par les tests se répéteront d'une façon invariable. Il n'en reste pas moins que, dans des conditions aussi objectives que possible, la recherche des tendances et leur mesure sont possibles, mais l'application des tests de caractère à la neuro-psychiatrie infantile nécessite l'étude détaillée de chaque cas. Pour leur application et pour les conclusions à en tirer, il faut qu'une union très étroite soit établie entre la psychométrie et la psychiatrie, entre le psychologue et le psychiatre.

Nous rapportons ci-dessous quelques observations destinées à montrer la manière dont nous utilisons nos épreuves de caractère. Ces épreuves ne doivent pas être considérées comme un instrument mathématique infaillible, qui autorise un diagnostic absolu. Elles sont un instrument d'observation destiné à compléter les renseignements cliniques et à éclairer le diagnostic du psychiatre.

Pour en démontrer l'utilité, il n'est pas nécessaire de chercher, comme il est d'usage pour les épreuves d'intelligence, des corrélations entre leur résultat et le diagnostic définitif. La méthode des corrélations ne peut être guère appliquée avec grande utilité dans l'examen du caractère. Celui-ci est le résultat de tendances diverses et fort complexes, qui se manifestent selon les circonstances et selon les mobiles d'action. Certaines tendances constitutionnelles se développent selon certaines conditions du milieu tandis que d'autres tendances n'ont et n'auront jamais l'occasion de se manifester. Il faudrait donc, pour déterminer un caractère avec une exactitude mathématique, envisager toutes les circonstances favorables et tous les mobiles qui peuvent provoquer les manifestations d'une tendance caractérielle.

L'utilité de nos épreuves de caractère est déterminée par la concordance presque générale qui s'est montrée entre les tendances dominantes indiquées par nos épreuves et les renseignements contenus dans les dossiers, au sujet du comportement de l'enfant, ou le résultat de l'observation prolongée et de l'examen clinique.

Ces épreuves apportent à notre consultation des indications importantes dont nous ne pourrions maintenant nous passer qu'avec difficulté.

Dans l'exécution de ces tests, comme le montrent nos observations, il est nécessaire que le sujet présente une intelligence suffisante pour comprendre la signification et la technique de l'épreuve. Nous avons déjà insisté sur ce fait que nos tests ne sont pas applicables en cas de débilité intellectuelle du sujet à examiner.

Ils nécessitent aussi un effort d'attention et de sincérité. On peut donc penser que nos enfants déséquilibrés, instables, mythomanes ou pervers, peuvent chercher à tromper ou se refuser, par mauvaise volonté, à faire l'effort nécessaire pour réaliser l'épreuve. Il est vrai que, dans quelques cas exceptionnels, nous nous sommes heurtés à l'hostilité du sujet et à un refus de s'exécuter. Mais, fait remarquable, d'une façon presque constante, nous n'avons pas constaté d'insincérité, ni de mystification.

En règle générale, nos sujets prévenus de la signification de nos examens, se sont efforcés de donner des réponses sincères. La meilleure preuve que nous en puissions apporter est la concordance des réponses et des résultats numériques avec le diagnostic clinique, les renseignements de l'Assistante Sociale et les notes des Surveillants pendant le séjour au Centre d'observation.

Nous insistons sur ce fait que Mlle Courthial applique les épreuves de caractère sans avoir consulté l'enquête sociale et sans assister à l'examen clinique.

C'est ultérieurement que les résultats obtenus sont confrontés avec le dossier de l'Assistante Sociale et l'avis psychiatrique.

Très rarement, il n'y a pas accord entre les épreuves de caractère et les résultats d'observation. D'une part, ce désaccord reste exceptionnel et, d'autre part, quand il existe, il s'explique par des circonstances indépendantes de la valeur des épreuves : résultats incertains de l'observation, mauvaise volonté du sujet, complexité, incertitude ou contradiction des tendances caractérielles.

OBSERVATION 1. — Nom : Bo. Henri, âge : 15 ans 1/2.

Père, 70 ans, divorcé — a rendu sa femme très malheureuse ; éthylique ; son fils ne l'a jamais vu.

Mère, 32 ans — remariée.

Élevé par sa mère et son beau-père. Arrêté pour vols répétés dans les grands magasins et vente des objets volés. Instable, désobéissant. Grossier avec son beau-père. Très paresseux et menteur. Pas de débilité intellectuelle. Age mental normal. Pas de retard scolaire. A le certificat d'études.

Examen caractérologique, 4 janvier 1934 (Andrée Courthial).

1) *Questionnaire Woodworth-Mathews modifié :*

30 réponses significatives. Ce chiffre est élevé et semble indiquer un caractère mal équilibré.

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	7	196
2. Tendances psychasthéniques	5	120
3. Tendances schizoïdes	3	90
4. Tendances paranoïaques	3	60
5. Tendances hypocondriaques	7	182
6. Tendances impulsives	6	196
7. Tendances perverses	3	156
8. Tendances instables	3	156

Interprétation des résultats : il y a dans ces réponses tant de tendances diverses qu'il est peut-être plus facile de les étudier du côté négatif ; ainsi on ne trouve qu'un petit nombre de réponses révélant des tendances schizoïdes ou paranoïaques. Dans l'ensemble, il semble y avoir grande émotivité et impulsivité, accompagnées d'une certaine hypocondrie, d'instabilité et de quelques tendances perverses (aime à taquiner les autres jusqu'à ce qu'ils pleurent, etc.).

2) *Feuille d'analyse du caractère :*

Analyse faite à grands traits de crayon. Semble avoir voulu être sincère vis-à-vis de lui-même ; se dit : peu soigneux, ce que semble indiquer l'histoire sociale, peureux (émotivité), autoritaire, etc. Pas de vanité intellectuelle ; se dit ignorant, lent à comprendre, manque de bon sens.

3) *Tests de barrage Pressey modifiés :*

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	4	40
b) Complexes religieux	0	0
c) Complexes de maladie	7	35

d) Complexes de crainte, anxiété	6	60
e) Eléments d'hostilité égocentrique	9	45
f) Mauvaise adaptation sociale	5	25
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	1	10

Interprétation des résultats : les complexes ne sont pas très nombreux, mais assez caractéristiques. Complexes d'anxiété dominant (au Woodworth, le sujet déclare avoir des cauchemars et des frayeurs la nuit). On trouve également certains éléments d'hostilité égocentrique que le sujet n'a pourtant pas exprimés dans le Woodworth. D'autre part, on note l'absence de complexes familiaux et religieux, et un seul complexe sexuel, le mot : mœurs.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	28	70
b) Défauts d'émotivité	3	20
c) Défauts d'éducation	10	50
d) Défauts de sens social	7	35
e) sentiment d'infériorité physique	5	100

Interprétation des résultats : Moralité qui ne paraît pas très nette. Evaluation qui n'est pas toujours conforme à la morale ordinaire.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	11	37
b) Intérêts artistiques	5	25
c) Intérêts de divertissement	5	25
d) Intérêts sportifs	9	60
e) Intérêts sociaux	7	47
f) Intérêts digestifs	3	30
g) Intérêts sexuels	3	30
h) Intérêts religieux	0	0

Interprétation des résultats : Intérêts qui sont en général d'ordre peu élevé. Prédominants : (d) intérêts sportifs et (e) intérêts sociaux. Le sujet semble s'attacher surtout à des activités bruyantes et extérieures, à des activités de « dispersion ». N'est d'ailleurs capable de choisir que deux travaux préférés : commerçant, surveillant (?) et deux divertissements : les sports, la fête. Tout cela n'est pas très rassurant.

4) Feuille de sens éthique :

Sens éthique très confus en ce qui concerne le mensonge et la tricherie, que le sujet semble accepter avec facilité. Beaucoup plus strict en ce qui concerne le vol qu'il n'accepte en aucun cas.

5) Conclusion :

Tendances très fortes qui semblent indiquer un caractère mal équilibré. Emotivité, impulsivité, hypocondrie — quelque instabilité et manifestations de l'ordre antisocial (pervers). Complexes surtout d'anxiété. Intérêts peu élevés et qui marquent du goût pour les activités bruyantes et dispersées. Moralité confuse. Les tests donnent l'impression d'un déséquilibre émotif. La bonne adaptation du sujet à la vie sociale et de travail semble devoir être difficile. D'autre part, il serait peut-être intéressant d'étudier les complexes de crainte du sujet (cauchemars ?) et ce que signifie le barrage du mot « mœurs », dans ses complexes sexuels.

Avis du docteur. — 26 janvier 1934.

Pas de débilité intellectuelle. N.M. normal. Pas de retard scolaire. A le certificat d'études primaires. Perversions instinctives. Inaffectivité, malignité, destructivité, mensonges, vols à répétition, accomplis avec préméditation et adresse. Vols utilitaires. Peu d'intimidalité.

Masturbation. Onychophagie.

Hérédité syphilitique du père.

Hérédité lourde, surtout dans la lignée paternelle.

Enfant naturel. Connait sa situation.

Adresse manuelle moyenne.

Pronostic : mauvais.

Proposition : demande à faire du travail agricole ou horticole.

Proposition pour Oberlin, Guénange ou Zelzheim.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 2. — Nom : Pl. Maurice. Age : 19 ans.

Père, 50 ans, en bonne santé, sobre.

Mère, 42 ans, en bonne santé, sobre.

Élevé par ses grands-parents. N'a été repris par ses parents qu'à l'âge de 9 ans et y a été introduit comme un étranger. Souffrait de la différence qu'il sentait dans le traitement donné à ses frères et sœurs et à lui-même. Plusieurs scènes de famille éclatent, au moyen desquelles Maurice cherche à attirer sur lui l'attention et l'affection de ses parents. En dernier lieu, commet un acte incendiaire grave qui l'amène devant le tribunal. Intelligence normale.

Examen caractérologique. — 12 février 1934 (Andrée Courthial)

1) *Questionnaire Woodworth modifié :*

17 réponses significatives qui se classent comme suit :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	4	112
2. Tendances psychasthéniques	3	72

3. Tendances schizoïdes	4	120
4. Tendances paranoïaques	6	120
5. Tendances hypocondriaques	2	52
6. Tendances impulsives	1	36
7. Tendances instables	0	0
8. Tendances perverses	0	0

Interprétation des résultats : pas d'instabilité, ni de tendances anti-sociales, mais tendances schizoïdes et paranoïaques, émotivité.

2) Feuille d'analyse de caractère :

Pas de vanité intellectuelle, mais vanité affective. Se dit lent à comprendre et ignorant, mais se donne dans l'ensemble beaucoup plus de qualités que de défauts. Se dit aussi « généralement triste et capricieux » ; s'accuse : « je veux arriver à sauver l'honneur de ma famille, car je suis passé à la Cour d'Assises de la Seine, le 1^{er} février 1934. »

3) Tests de barrage Pressey modifiés :

A) Émotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	2	20
c) Complexes de maladie	20	10
d) Complexes de crainte, anxiété	14	70
e) Éléments d'hostilité égocentrique	18	90
f) Mauvaise adaptation sociale	2	10
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	1	10

Interprétation des résultats : complexes assez nombreux, parmi lesquels dominent la crainte, l'anxiété, ainsi que des éléments d'hostilité égocentrique. Cette feuille s'accorde bien avec le questionnaire Woodworth Mathews : tendances schizoïdes, paranoïaques, émotivité.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	17	42
b) Défauts d'émotivité	12	80
c) Défauts d'éducation	10	50
d) Défauts de sens social	16	80
e) Sentiment d'infériorité physique	5	100

Interprétation des résultats : Plutôt confuse. Raye beaucoup de mots qui désignent des défauts peu importants, et en laisse un grand nombre qui méritent d'être blâmés.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	14	47
b) Intérêts artistiques	1	5

c) Intérêts de divertissement	5	25
d) Intérêts sportifs	12	80
e) Intérêts sociaux	3	20
f) Intérêts digestifs	3	30
g) Intérêts sexuels	4	40
h) Intérêts religieux	4	40

Interprétation des résultats : Intérêts peu nombreux et qui se rapportent surtout au sport. Ses goûts du point de vue travail ne semblent guère correspondre à son caractère assez faible et émotif : aviateur, mécanicien d'aviation, étudier les moteurs. Ne trouve pas de jeux ou de divertissements pour lesquels il a une préférence.

4) Feuille de sens éthique :

Sens éthique plutôt bon lorsque le sujet juge sur des exemples concrets. Il est assez caractéristique de remarquer que la seule occasion pour laquelle il accepterait la tricherie est « pour gagner un prix », et également pour « se venger d'une injustice ».

5) Conclusion :

Les réponses indiquent, dans l'ensemble, un caractère assez mal équilibré, avec quelques tendances assez marquées : émotivité, retrait en soi-même, rêveries, éléments d'hostilité égocentrique. Au point de vue intellectuel, ne montre pas de vanité, mais se donne néanmoins plus de qualités que de défauts et paraît vaniteux du point de vue affectif. A des ambitions assez élevées et qui semblent peu correspondre à son caractère et à son tempérament. Compensation (?). Moralité plutôt bonne.

Avis du docteur, 19 février 1934 :

Pas de débilité intellectuelle. Niveau mental normal. Léger retard scolaire. N.S., 11 ans. N'a pas le certificat d'études primaires. Troubles du caractère. Emotivité, dispositions paranoïaques. Tendances à se croire un enfant martyr. Morosité. Est taciturne, mais pas de perversions foncières. Tendances à la rêverie. Garde une certaine puérilité. A commis, à deux reprises, un incendie volontaire dans la maison de son père, menuisier, pour tenter de se mettre en valeur dans l'extinction de l'incendie et de rentrer en grâce auprès de son père qui le tenait un peu sévèrement et l'empêchait de sortir.

Bon état physique.

Bonne adresse manuelle.

Pronostic : assez bon.

Proposition : a été acquitté en cour d'assises et confié au patronage. Doit travailler.

Voudrait être mécanicien d'aviation. Mais connaît le métier de menuisier. Il serait illogique de lui faire changer de métier. Il faut

qu'il trouve, avec l'aide de son père, une place dans la menuiserie. Puis, s'il se comporte bien, il pourra être rendu à son père.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 3. — Nom : Va. Maurice, âge : 16 ans 1/2.

Père, décédé à 47 ans.

Mère, 42 ans, en bonne santé.

Elevé dans sa famille, sauf 2 ou 3 ans, pendant lesquels il était chez un oncle. Un peu instable, désobéissant.

Délits : mensonges, mendicité, fugues nombreuses.

Examen caractérologique, 30 décembre 1933 (Andrée Courthial)

1) Questionnaire Woodworth-Mathews modifié :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	3	84
2. Tendances psychasthéniques	3	72
3. Tendances schizoïdes	6	180
4. Tendances paranoïaques	7	140
5. Tendances hypocondriaques	4	104
6. Tendances impulsives	3	108
7. Tendances instables	2	104
8. Tendances perverses	2	104

Interprétation des résultats : Les tendances schizoïdes et paranoïaques dominent. Dans l'ensemble le caractère paraît mal équilibré. Tendances qui rendent une bonne adaptation plutôt difficile.

2) Feuille d'analyse de caractère :

Bonne introspection et qui paraît sincère. « Aime rêvasser », s'accorde assez bien avec les tendances schizoïdes que semble indiquer le Woodworth ; de même « boudeur » et « capricieux ». Comme 3 défauts principaux, déclare : paresseux, orgueilleux, insouciant.

3) Tests de barrage Pressey modifiés :

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	5	50
b) Complexes religieux	5	50
c) Complexes de maladie	19	95
d) Complexes de crainte; anxiété	13	65
e) Eléments d'hostilité égocentrique	15	75
f) Mauvaise adaptation sociale	8	40
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	4	40

Interprétation des résultats : Les complexes sont fort nombreux et semblent révéler de nombreuses difficultés d'adaptation. Crainte très forte de la maladie, nombreux éléments d'hostilité égocentrique, complexes de crainte et d'anxiété.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	35	88
b) Défauts d'émotivité	7	47
c) Défauts d'éducation	13	65
d) Défauts de sens social	13	65
e) Sentiment d'infériorité physique	5	100

Interprétation des résultats : Moralité assez stricte qui semble indiquer une bonne évaluation, tout au moins du point de vue théorique.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	13	44
b) Intérêts artistiques	8	40
c) Intérêts de divertissement	8	40
d) Intérêts sportifs	5	34
e) Intérêts sociaux	8	54
f) Intérêts digestifs	3	30
g) Intérêts sexuels	0	0
h) Intérêts religieux	8	80

Interprétation des résultats : A remarquer la forte prédominance des intérêts d'ordre religieux, l'absence d'intérêts d'ordre sexuel. D'autre part, le sujet note comme amusements préférés : lecture, promenade, causer, toutes distractions qui semblent bien se rapporter au caractère d'introverti. Comme travaux n'en trouve que deux : comptabilité, notaire.

4) Feuille de sens éthique :

Très net. S'accorde parfaitement avec la morale ordinaire.

5) Conclusion :

L'ensemble des tests semble indiquer une tendance schizoïde assez forte et certains éléments d'hostilité égocentrique. Moralité stricte et qui évalue conformément à la morale ordinaire. Dominance des intérêts d'ordre religieux. La bonne adaptabilité semble devoir dépendre du contrôle que le sujet pourra exercer sur son penchant au retrait d'une part et aux idées d'injustice qu'il entretient de l'autre.

Avis du docteur (12 janvier 1934) :

Pas de débilité intellectuelle. N. M., 15 ans 1/2. Pas de retard scolaire. A son C.E.P. Cependant écriture médiocre. A quitté à l'âge de 15 ans le domicile familial par mésentente avec son beau-père. Nombreuses places qu'il a quittées sans raison valable. Fugues, vagabon-

dage. A fait tous les métiers. Récidive de fugue et de vagabondage après son placement à la campagne par un Patronage.

Instabilité. Tendances schizoïdes et paranoïaques. Paresse, insouciance.

Moralité assez bonne. Pas de vol.

S'est bien comporté au Patronage.

Les tests moteurs montrent de la lenteur des gestes et de la maladresse manuelle.

A l'examen physique : insuffisance endocrinienne, surtout thyroïdienne. Signe de la queue du sourcil. Infiltration légère des téguments. Adiposité abdominale. Acrocyanose des extrémités. Kératose pilaire (métabolisme basal à faire). Quelques stigmates de dégénérescence. Malformations dentaires. Maxillaire inférieur insuffisamment développé. Ebauche de fossette coccygienne.

Pronostic : assez bon si le sujet arrive à s'intéresser à son travail.

Proposition : pas de travail manuel : mauvaises dispositions motrices. Le sujet désire trouver une place de comptable. Bonne solution. Mais l'écriture est vraiment médiocre. Le gardera-t-on ?

D^r DE LÉPINAY.

OBSERVATION 4. — Nom : Bo. Pierre. Age : 16 ans. Père, 61 ans, éthylique. Mère, 48 ans, sobre.

Enfant élevé en nourrice chez sa tante maternelle. Vols répétés à ses patrons. Instable. Changements fréquents de travail.

Examen caractérologique, 23 janvier 1934 (Andrée Courthial).

1) Questionnaire Woodworth Mathews modifié :

19 réponses significatives qui se classent comme suit :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	5	140
2. Tendances psychasthéniques	3	72
3. Tendances schizoïdes	3	90
4. Tendances paranoïaques	5	100
5. Tendances hypocondriaques	2	52
6. Tendances impulsives	3	108
7. Tendances instables	4	208
8. Tendances perverses	3	156

Interprétation des résultats : les réponses indiquent surtout des tendances *instables* assez fortes, des *tendances antisociales* et de l'*émotivité* simple.

2) Feuille d'analyse de caractère :

Analyse qui montre une introspection suffisante. Se dit autoritaire, rancunier, négligent. Paraît toutefois un peu vaniteux. Se dit « intelligent, instruit ». En fait de trois défauts se dit : bavard, voleur, malhonnête.

3) Tests de barrage Pressey modifiés :

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	2	20
c) Complexes de maladie	13	65
d) Complexes de crainte, anxiété	14	70
e) Eléments d'hostilité égocentrique	17	85
f) Mauvaise adaptation sociale	4	20
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	1	10

Interprétation des résultats : il est intéressant de remarquer, en relation avec le questionnaire Woodworth, que la feuille indique de nombreux éléments d'hostilité égocentrique (paranoïaques). Les chiffres des complexes de maladie, crainte et anxiété, sont également élevés.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	24	60
b) Défauts d'émotivité	5	34
c) Défauts d'éducation	5	25
d) Défauts de sens social	9	45
e) Sentiment d'infériorité physique	5	100

Interprétation des résultats : moralité quelque peu confuse. Evaluation peu nette des défauts les plus graves.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	22	74
b) Intérêts artistiques	3	15
c) Intérêts de divertissement	15	75
d) Intérêts sportifs	9	60
e) Intérêts sociaux	8	54
f) Intérêts digestifs	5	50
g) Intérêts sexuels	3	30
h) Intérêts religieux	5	50

Interprétation des résultats : intérêts plutôt nombreux mais qui semblent montrer une certaine ambition ; les intérêts de travail sont plutôt élevés. A observer cependant que les intérêts de divertissement sont aussi fort nombreux. Ses goûts préférés semblent bien montrer une ambition démesurée : aviation, marine, culture. Comme jeux : musique, noce, danse.

4) Feuille de sens éthique :

Cette feuille fait apparaître un grand manque de discernement éthique. Ne semble pas distinguer entre le vol, le mensonge et la tricherie. Les accepte tous trois indifféremment.

5) Conclusion :

Les tests semblent montrer une tendance paranoïaque assez forte, d'autant plus que le sujet paraît posséder une certaine vanité et se croit plus capable que ce qu'il est. Ambitions plus hautes que ne pourront l'être les réalisations. Moralité très confuse. Le sujet a besoin d'être bien encadré. Je crois que le milieu citadin lui serait très funeste.

Avis du Docteur, 1^{er} février 1934 :

Pas de débilité intellectuelle. N.M. normal. Pas de retard scolaire quoiqu'il n'ait pas le C.E.P. Pas de troubles graves du caractère. Garde une certaine émotivité. N'est pas un pervers mais a une moralité peu solide. Vole avec préméditation et adresse, quand il a besoin d'argent. Est assez satisfait de lui-même, un peu paranoïaque. A des ambitions supérieures à ses moyens (aviation, marine) et à un moindre degré (boulangier, pâtissier). Paraît être intimidable à cause de sa conscience de la situation et de la notion des conséquences de ses actes.

Adresse manuelle médiocre.

Scoliose.

Hyperhydrose (qui contre-indique les métiers de boulangier et de pâtissier).

Pronostic : peut-être assez bon.

Proposition : à défaut des métiers qu'il désire accepte la culture qu'il connaît et à laquelle il est adapté. Placement familial agricole, bien surveillé.

Doit rester en rapport avec ses parents, notamment avec sa mère. Montrer la scoliose à un orthopédiste.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 5. — Nom : Du. Jean-Maurice. Age : 17 ans.

Père a abandonné ses enfants après la mort de sa femme.

Mère décédée de la grippe espagnole.

Jean avait deux ans et demi quand sa mère est morte. A été élevé par sa grand'mère maternelle. Nombreux emplois. Délits : vol d'une bicyclette à un camarade de travail. Grand'mère désire reprendre l'enfant ; le dit faible de caractère, mais pas mauvais dans le fond.

Examen caractérologique, 10 octobre 1933 (Andrée Courthial).

1) Questionnaire Woodworth Mathews modifié :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	3	84
2. Tendances psychasthéniques	3	72
3. Tendances schizoïdes	3	90

4. Tendances paranoïaques	3	60
5. Tendances hypocondriaques	7	182
6. Tendances impulsives	5	180
7. Tendances instables	2	104
8. Tendances perverses	2	104

Interprétation de l'examen : les réponses font ressortir des tendances à l'hypocondrie, un peu d'impulsivité. L'enfant entretient des idées tristes, donne beaucoup d'explications. Paraît aimer parler de lui-même.

2) Feuille d'analyse de caractère :

S'analyse volontiers, mais semble un peu vaniteux. Toutefois, cherche à être sincère. Quand il s'agit de se trouver trois défauts et trois qualités, n'en est pas capable.

3) Tests de barrage Pressey :

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	2	20
c) Complexes de maladie	17	85
d) Complexes de crainte, anxiété	11	55
e) Eléments d'hostilité égocentrique ...	11	55
f) Mauvaise adaptation sociale	6	30
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	0	0

Interprétation des résultats : il est intéressant de voir la dominance des complexes de maladie, suivis de près de crainte, anxiété et de certains éléments d'hostilité égocentrique. On retrouve ici les tendances plutôt égoïstes du caractère hypocondriaque.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	27	67
b) Défauts d'emotivité	6	40
c) Défauts de maintien	2	10
d) Défauts de sens social	0	0
e) Sentiment d'infériorité physique	1	20

Interprétation des résultats : le sujet paraît se conformer à la morale bourgeoise, mais n'est pas très strict.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	14	46,5
b) Intérêts artistiques	5	25
c) Intérêts de divertissement	15	75
d) Intérêts sportifs	14	93,3
e) Intérêts sociaux	10	66,6

f) Intérêts digestifs	5	50
g) Intérêts sexuels	7	70
h) Intérêts religieux	0	0

Interprétation des résultats : dominance d'intérêts superficiels, divertissements sportifs, sociaux, sexuels. Peu d'intérêts de travail. Ces derniers intérêts se groupent comme suit : hôtel, études, mécanique, et comme jeux : sport, danse, lecture.

4) Feuille de sens éthique :

Paraît bonne. Accepterait parfois le mensonge et le vol (plutôt que d'avoir faim pendant une semaine, plutôt que de porter des habits déchirés), mais n'admet pas du tout la tricherie.

5) Conclusion :

Les tests font ressortir un caractère à tendances plutôt tristes, mais qui est en même temps quelque peu superficiel et ne s'intéresse pas d'une façon particulière au travail. Eléments d'hostilité égocentrique, tendance à se trouver injustement malheureux, et surtout à se plaindre soi-même. Moralité plutôt bonne. Intérêts surtout de jeu et de divertissement.

Avis du Docteur, 21 octobre 1933 :

Pas de débilité intellectuelle. Intelligence normale. Pas de retard scolaire. A le C.E.P. Pas de troubles graves du caractère. Pas de perversions. Emotivité. Dépression psychique actuelle depuis son arrestation. Quelques tendances hypocondriaques, se préoccupe de sa santé. Dispositions paranoïaques. A tendance à se croire une victime des hommes et des événements. Suggestibilité. Se laisse facilement entraîner. Un vol épisodique. Arrêté pour vagabondage. Est à peine un délinquant.

Mort de la mère quand il avait deux ans. Abandonné par son père à cet âge. A été élevé par sa grand'mère pour qui il a de l'affection.

Petites difficultés avec l'oncle (beau-frère de la mère).

Bon état physique, mais mauvaise vue et troubles de la parole : chuintement et nasonnement.

Bonne adresse manuelle.

Désire être garçon de restaurant : a de bons certificats, quoique « à priori » les troubles de la parole ne soient pas favorables à cette orientation professionnelle. N'a pas de place.

N'a pas d'intérêt pour une autre profession. A d'ailleurs surtout des intérêts digestifs.

Pronostic : assez bon.

Proposition : se mettre en rapport avec l'oncle et la grand'mère à qui le sujet pourrait être rendu s'ils l'acceptent.

Lui trouver, s'il est possible, une place de garçon de restaurant dans la région du Puy, d'où il est originaire.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 6. — Nom : Ba. Frédéric. Age : 12 ans 1/2.

Père, 36 ans, caractère normal.

Mère, décédée à 30 ans, écrasée par une auto ; caractère normal.

Belle-mère, 25 ans, nerveuse.

Elevé par son père et sa mère jusqu'à 5 ans, puis par une grand'tante. Repris il y a 18 mois par son père et sa belle-mère. Affectueux mais peu démonstratif. Va en classe, mais ne fait que ce qui lui plaît. Mauvais élève « insupportable ». Nombreuses fugues (9). Vols pour utiliser l'argent dans ses fugues.

Examen caractérologique, 20 février 1934 (Andrée Courthial).

1) *Questionnaire Woodworth Mathews modifié :*

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	3	84
2. Tendances psychasthéniques	1	24
3. Tendances schizoïdes	4	120
4. Tendances paranoïaques	6	120
5. Tendances hypocondriaques	3	78
6. Tendances impulsives	2	72
7. Tendances instables	6	312
8. Tendances perverses	2	104

Interprétation des résultats : le chiffre élevé de réponses significatives indique un caractère mal équilibré, avec plusieurs tendances dominantes. A remarquer surtout une très forte *instabilité*, quelques tendances schizoïdes et paranoïaques, attitude anti-sociale.

2) *Feuille d'analyse de caractère :*

Analyse qui tend à être sincère : autoritaire, bavard, rancunier, impatient. Cela semble bien s'accorder avec les tendances instables que nous avons trouvées avec le Woodworth Mathews.

3) *Tests de barrage Pressey modifiés :*

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	3	30
c) Complexes de maladie	19	95
d) Complexes de crainte, anxiété	19	95
e) Eléments d'hostilité égocentrique ...	18	90
f) Mauvaise adaptation sociale	7	35
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	3	30

Interprétation des résultats : complexes fort nombreux. Maladie, crainte, anxiété ; à remarquer surtout le nombre élevé des complexes représentant des éléments d'hostilité égocentrique.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	32	80
b) Défauts d'émotivité	10	66
c) Défauts d'éducation	8	40
d) Défauts de sens social	11	55
e) Sentiment d'infériorité physique	4	80

Interprétation des résultats : moralité plutôt bonne, se conforme dans l'ensemble au code social.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	9	30
b) Intérêts artistiques	16	80
c) Intérêts de divertissement	16	80
d) Intérêts sportifs	14	94
e) Intérêts sociaux	10	67
f) Intérêts digestifs	8	80
g) Intérêts sexuels	7	70
h) Intérêts religieux	10	100

Interprétation des résultats : intérêts fort nombreux, qui peuvent être à la base de la grande instabilité du sujet : toutes sortes d'activités le tentent et l'attirent. D'autre part, ces intérêts fort nombreux peuvent représenter un caractère mal formé, encore jeune et qui n'a pas de préférences bien marquées. Préférences sont caractéristiques de son instabilité : « Parler, coureur, dessins » et pour jouer : « noce, musique, théâtre. » (à 12 ans 1/2)...

4) Feuille de sens éthique :

Moralité plus confuse que ne l'avait laissé supposer la feuille B) du Pressey. Admet assez facilement le mensonge et le vol, ainsi que la tricherie.

5) Conclusion :

Les réponses font apparaître un caractère mal équilibré, un jugement et des goûts peu formés, ce qui d'ailleurs peut être dû au jeune âge du sujet. Grande *instabilité*, éléments d'hostilité égocentrique. L'adaptation de cet enfant semble devoir être difficile.

Avis du Docteur, 9 mars 1934 :

Très légère débilité intellectuelle. N. M., 11 ans (mais il faut tenir compte sans doute d'une certaine mauvaise volonté au cours de l'examen). On peut considérer qu'il a une intelligence normale.

Retard scolaire léger, surtout par insuffisance d'école.

Troubles du caractère graves : *instabilité* psychomotrice. Troubles de l'attention. Fugues à répétition. Caractère un peu impulsif des fugues : est parti une fois en chaussons. Vols de bicyclettes à trois

reprises pour permettre ses fugues. N'a pas cherché à vendre la bicyclette. Pas de vols utilitaires de pervers.

Quelques dispositions paranoïaques : tendances à la jalousie ; est vindicatif, peu sociable avec ses camarades ; fugues habituellement solitaires (sauf une fois avec son frère, à Paris).

Paraît repentant avec sincérité, mais récidivera sans doute.

Bon état physique.

Adresse manuelle moyenne (type dispersé).

Lourde hérédité alcoolique de la lignée maternelle.

Pronostic : bon au point de vue intellectuel. Médiocre au point de vue de l'adaptation sociale.

Proposition : avant de prendre une décision pour orientation professionnelle doit être instruit. Est encore capable de faire des progrès. Mais doit être mis dans un internat comme Montesson.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 7. — Nom : Ki. Jacques ; âge : 17 ans.

Père s'est suicidé à 21 ans. Usait de stupéfiants. Mère décédée à 21 ans de tuberculose pulmonaire. Usait de stupéfiants. A été traitée spécifiquement (syphilis certaine).

Elevé par sa grand'mère maternelle et tutrice. Mis en pension à partir de l'âge de 9 ans jusqu'à ce jour. menteur, voleur. Sorties et fugues nocturnes. Autoritaire. Mœurs douteuses. Nombreuses relations féminines.

Examen caractérologique, 29 décembre 1933 (Andrée Courthial).

1) *Questionnaire Woodworth Mathews modifié :*

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	5	140
2. Tendances psychasténiques	2	48
3. Tendances schizoïdes	4	120
4. Tendances paranoïques	3	68
5. Tendances hypocondriaques	9	234
6. Tendances impulsives	6	216
7. Tendances instables	2	104
8. Tendances perverses	1	52

Interprétation des résultats : les tendances *hypocondriaques* dominent fortement, suivies de près par les tendances *impulsives*. A remarquer également une certaine émotivité. Pas ou presque pas de tendances paranoïaques. Un peu d'instabilité, caractère mal équilibré, dominé par des tendances assez fortes.

2) *Feuille d'analyse de caractère :*

Beaucoup d'introspection et effort de sincérité. Tendances à s'accuser de nombreux défauts. A de lui-même une piètre opinion. Toute-

fois, une certaine vanité dans l'ordre intellectuel. Se dit « intelligent, bon ». Raisonnement, suite dans les idées, opiniâtreté. Comme défauts se déclare : menteur, impulsif, trop confiant.

3) Tests de barrage Pressey modifiés :

A) Emotivité, complexes :

	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	5	50
c) Complexes de maladie	6	30
d) Complexes de crainte, anxiété	3	15
e) Eléments d'hostilité égocentrique	2	10
f) Mauvaise adaptation sociale	2	10
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	1	5

Interprétation des résultats : la feuille est très intéressante à cause surtout du choix des mots faits par le sujet. C'est ainsi que, bien que le chiffre des complexes de crainte et de maladie soit peu élevé, les mots rayés par le sujet indiquent des complexes généraux : « maladie, nerveux, crise de nerfs, mort. » A remarquer le chiffre élevé des complexes religieux. Cette feuille et les mots soulignés par le sujet mériteraient que l'on pose des questions au sujet pour obtenir des explications.

B) Moralité :

	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	18	45
b) Défauts d'emotivité	6	40
c) Défauts d'éducation	4	20
f) Défauts de sens social	4	20
e) Sentiment d'infériorité physique	4	80

Interprétation des résultats : moralité peu stricte et qui n'est pas toujours d'accord avec la morale ordinaire. Le sujet se donne évidemment le droit de diverger de l'opinion courante. A remarquer que, dans les défauts d'ordre social, il barre le mot prêtre.

C) Intérêts :

	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	18	60
b) Intérêts artistiques	14	70
c) Intérêts de divertissement	12	60
d) Intérêts sportifs	8	54
e) Intérêts sociaux	7	47
f) Intérêts digestifs	2	20
g) Intérêts sexuels	5	50
h) Intérêts religieux	0	0

Interprétation des résultats : intérêts d'un ordre plutôt élevé surtout en ce qui concerne le travail et les intérêts artistiques. Le sujet

paraît savoir ce qu'il veut et ce qu'il aime. Feuille faite avec beaucoup de décision. Les trois choix du sujet pour son travail sont : homme d'affaires, commerce, officier, et pour jouer : danser, flirter, boire. On ne peut pas se plaindre de sa sincérité, mais il semble y avoir d'une part grande ambition, de l'autre grande faiblesse...

4° Feuille de sens éthique :

Nous retrouvons ici une moralité un peu confuse, surtout pour le mensonge ; plus stricte pour le vol et la tricherie. En définitive, évaluation morale est toutefois bonne.

5) Conclusion :

Personnalité très marquée et qui offre des tendances franchement dominantes : hypocondrie, impulsivité. A la fois vaniteux et s'accusant lui-même, complexes peu nombreux mais très significatifs. Moralité n'est pas très stricte, mais évalue avec justesse. Intérêts qui semblent révéler des goûts très précis, mais une ambition un peu démesurée, à côté de faiblesses certaines. L'adaptation de ce sujet me semble devoir être bien difficile...

Avis du docteur, 26 janvier 1934.

Pas de débilité intellectuelle. N.M. normal. Pas de retard scolaire. Fait des études secondaires. Troubles du caractère. Surtout vanité, dispositions paranoïaques. Goût de la mise en scène. Egocentrisme expansif. Absence de vergogne. Amoralité autant constitutionnelle qu'acquise. Fâcheuses fréquentations. Erotisme précoce. Mythomanie. Vols domestiques. Goût du plaisir. Tendances toxicomaniaques. S'est déjà fait entretenir.

Lourde hérédité : psychopathique, syphilitique, tuberculeuse, (le père s'est suicidé à 21 ans, était toxicomane).

Médiocre milieu familial actuel qui n'a sur lui aucune action efficace.

Pronostic : très médiocre.

Proposition : placement individuel chez un prêtre ou un pasteur pour essayer de lui faire continuer ses études secondaires et le présenter au baccalauréat.

D^r HEUYER.

OBSERVATION 8. — Nom : Ba. Maurice. Age : 18 ans.

Père, 46 ans, divorcé.

Mère, 43 ans, divorcée, remariée.

Elevé dans des orphelinats. Histoire de famille fort compliquée avec origine de naissance douteuse. Au moment où le sujet a commencé à douter de sa naissance, troubles du caractère : vols, fugues. Rancune contre ceux qui lui ont, paraît-il, fait du mal. Veut se venger. Découragement. Pleurs.

Examen caractérologique, 20 février 1934 (Andrée Courthial).

1) *Questionnaire Woodworth Mathews modifié :*

24 réponses significatives qui se classent comme suit :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	5	140
2. Tendances psychasthéniques	0	0
3. Tendances schizoïdes	9	270
4. Tendances paranoïaques	7	140
5. Tendances hypocondriaques	3	78
6. Tendances impulsives	4	144
7. Tendances instables	3	156
8. Tendances perverses	1	52

Interprétation des résultats : le grand nombre de réponses significatives indique un caractère mal équilibré, avec de nombreuses tendances pouvant créer des conflits et empêcher la bonne adaptation. Tendances schizoïdes très fortes, puis tendances instables et impulsives. L'enfant a également tendance à se croire injustement traité. Mauvais équilibre mental.

2) *Feuille d'analyse de caractère :*

Faite assez superficiellement. Semble surtout indiquer une certaine vanité intellectuelle. Se reconnaît peu de défauts : impatient, se met facilement en colère, méfiant, distrait. Mais se dit instruit et intelligent.

3) *Tests de barrage Pressey modifiés :*

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	3	30
b) Complexes religieux	2	20
c) Complexes de maladie	3	15
d) Complexes de crainte, anxiété	3	15
e) Eléments d'hostilité égocentrique ...	3	15
f) Mauvaise adaptation sociale	3	15
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	1	10

Interprétation des résultats : la feuille montre peu de complexes, mais il est probable que le sujet n'a pas été tout à fait sincère. Il se peut aussi que son déséquilibre du caractère ne tienne pas à des complexes que peuvent faire surgir des mots, mais à une situation plus étendue et qui touche surtout le domaine émotif.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	13	33
b) Défauts d'émotivité	3	20

c) Défauts d'éducation	3	15
d) Défauts de sens social	5	25
e) Sentiment d'infériorité	0	0

Interprétation des résultats : moralité vague, peu stricte.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	6	20
b) Intérêts artistiques	1	5
c) Intérêts de divertissement	1	5
d) Intérêts sportifs	4	27
e) Intérêts sociaux	2	14
f) Intérêts digestifs	0	0
g) Intérêts sexuels	4	40
e) Sentiment d'infériorité physique	0	0

Interprétation des résultats : peu d'intérêts, mais assez définis. Le chiffre le plus élevé se rapporte à des intérêts d'ordre sexuel, ce qui est d'ailleurs conforme à l'âge du sujet. Désire être : mécanicien, boulanger, commerçant, et pour jouer : danser, sport, dessin.

4) Feuille de sens éthique :

Egalement confuse. Sens éthique très vague.

5) Conclusion :

Il est intéressant de remarquer que seule la feuille Woodworth Mathews semble révéler un déséquilibre de caractère. L'enfant y apparaît avec de fortes tendances schizoïdes, instables et impulsives. Il mérite d'être longuement étudié et aidé. Sa conversation trahit de profonds conflits familiaux dont ceux qui le troublent le plus se rapportent à son origine.

Avis du docteur, 2 mars 1934 :

Pas de débilité intellectuelle. N.M. normal. Retard scolaire par insuffisance d'école. N.S. 10 ans. Troubles importants du caractère. Surtout dispositions paranoïaques. Tendances revendicatrices et récriminations. Se considère comme une victime (assez justement d'ailleurs). Ergoteur, discuteur. Abandonné par sa famille. Emotivité. Pleurs faciles. Histoire compliquée.

Bon état physique.

Est plus adroit que ne l'indiquent les tests moteurs (mauvaise volonté et découragement).

Pronostic : très réservé. Aura sans doute des réactions protestatrices et revendicatrices ultérieures.

Proposition : désire être boulanger (a été 4 ans dans ce métier). Il y aurait intérêt à le satisfaire et à lui trouver une place de boulanger. Il serait désirable que l'Assistante Sociale se mette en contact avec la grand'mère et la décide à venir nous voir — et le faire suivre individuellement (soit par une assistante sociale, soit par les Compagnons sociaux).

D^r HEUYER.

OBSERVATION 9. — Nom : Le. Age : 16 ans 1/2.

Père et mère inconnus.

Élevé par ses parents nourriciers. Vols commis pendant une période de chômage.

Examen caractérologique, 12 janvier 1934 (Andrée Courthial).

1) *Questionnaire Woodworth Mathews modifié* :

	Nombre de réponses	Total
1. Emotivité simple	4	112
2. Tendances psychasthéniques	2	48
3. Tendances schizoïdes	1	30
4. Tendances paranoïaques	0	0
5. Tendances hypocondriaques	0	0
6. Tendances impulsives	0	0
7. Tendances instables	0	0
8. Tendances perverses	2	104

Interprétation des résultats : les chiffres sont bien faibles et permettent difficilement de découvrir une tendance caractéristique. Emotivité et certaines tendances anti-sociales.

2) *Feuille d'analyse de caractère* :

Peu d'introspection. Analyse très superficielle. Ne note que deux défauts : « me mets facilement en colère » et « bavard ». Une certaine vanité. Toutefois, on a probablement à tenir compte du niveau mental.

3) *Tests de barrage Pressey modifiés* :

A) Emotivité, complexes :	Nombre	0/0
a) Complexes scolaires	2	20
b) Complexes religieux	0	0
c) Complexes de maladie	3	15
d) Complexes de crainte, anxiété	0	0
e) Éléments d'hostilité égocentrique ...	9	45
f) Mauvaise adaptation sociale	2	10
g) Complexes familiaux	0	0
h) Complexes sexuels	0	0

Interprétation des résultats : en général, peu de complexes. A remarquer seulement la proportion relativement élevée des éléments d'hostilité égocentrique.

B) Moralité :	Nombre	0/0
a) Défauts de moralité	15	38
b) Défauts d'emotivité	2	14
c) Défauts d'éducation	0	0

d) Défauts de sens social	9	45
e) Sentiment d'infériorité physique	3	60

Interprétation des résultats : moralité fort confuse.

C) Intérêts :	Nombre	0/0
a) Intérêts de travail	4	14
b) Intérêts artistiques	0	0
c) Intérêts de divertissement	0	0
d) Intérêts sportifs	1	7
e) Intérêts sociaux	0	0
f) Intérêts digestifs	0	0
g) Intérêts sexuels	0	0
h) Intérêts religieux	0	0

Interprétation des résultats : intérêts très restreints. À remarquer les trois professions préférées : électricien, mécanicien, boucher, et les trois jeux : jeux de cartes, dominos, dames.

4) Feuille de sens éthique :

Sens éthique très confus. Discerne fort mal entre la tricherie, le mensonge et le vol. Incapable de distinguer les valeurs morales.

5) Conclusion :

Dans la mesure où le sujet a compris les tests, les tendances apparaissent assez peu marquées. On trouve cependant une certaine émotivité, des éléments assez nombreux d'hostilité égocentrique et quelques tendances anti-sociales. Moralité fort confuse. Intérêts fort restreints, peu d'ambition. Se connaît mal lui-même. Enfant qui aurait besoin d'être très fortement encadré et auquel il semble difficile de pouvoir confier des responsabilités.

Avis du docteur, 19 janvier 1934 :

Pas de débilité intellectuelle.

Retard scolaire par insuffisance d'école. N.S. 10 ans. Pas de troubles du caractère. Est impulsif et suggestible. Moralité peu solide. Facile à entraîner. A commis des délits graves : abus de confiance. Vol. Tentative de cambriolage. N'est pourtant pas un pervers.

Cas social : enfant abandonné par sa mère. Enfant naturel. Elevé par des parents nourriciers qui paraissent avoir été de braves gens, un peu frustes. Mauvaises fréquentations. Abandon moral.

Bon état physique.

Médiocre adresse manuelle. Ne connaît pas de métiers (bien qu'il ait été petite main électricien). Vue médiocre, strabisme.

Pronostic : peut-être assez bon.

Proposition : placement familial agricole qu'il accepte. Doit garder les relations avec son père nourricier. Garder avec lui des rapports épistolaires. Ne pas le laisser moralement isolé.

D^r HEUYER.

BIBLIOGRAPHIE

1. CATTELL (R.-B.). — « Temperament tests. I. Temperament. » *Brit. J. Psychol.*, XXIII, 1933, 308-29.
2. CHAMBERS (O.-R.). — Character Trait Tests and the Prognosis of College Achievement. *J. Abn. Psychol.*, 1925, 20, 303-311.
3. — A Method of Measuring the Emotional Maturity of Children. *Ped. Sem.*, 1925, 32, 637-647.
4. COLLINS (M.). — British Norms for Pressey, Cross-Out, Test. *Brit. J. Psychol.*, 1927, 18, 121-133.
5. COURTHIAL (A.). — Emotional Differences of Delinquent and Non-Delinquent Girls of Normal Intelligence. *Archives of Psychology*, N° 133.
6. HENNING (H.). — « Ziele und Möglichkeiten der experimentellen Charakterprüfung », *Jahrb. d. Charakterol.*, 1929, VI, 215-74.
8. MATHEWS (E.). — Study of Emotional Stability in Children by Means of a Questionnaire. *J. Delinq.*, 1923, 8, 1-40.
9. MAY (M.-A) and HARTSHORNE (H.). — Studies in the Nature of Character : I Studies in Deceit. *N. Y. Macm.*, 1928.
10. MAY (M.-A.) and MALLER (J.-B.). — Studies in the Nature of Character : II Studies in Service and Self-Control. *N. Y. Macm.*, 1929, p. 559.
11. MAY (M.-A.) and SHUTTLEWORTH (F.-K.). — Studies in the Nature of Character : III Studies in the Organization of Character. *N. Y. Macm.*, 1930, p. 503.
12. MAY (M.-A.) and HARTSHORNE (H.). — Testing the Knowledge of Right and Wrong. *Relig. Educ.*, 1926-1927, p. 72.
13. PRESCON (M.-J.). — The Application of the Woodworth Cady Questionnaire to Juvenile Delinquents. *Médico-legal J.*, 1931, 48, N° 3.
14. PRESSEY (S.-L.). — A group Scale for Investigating the Emotions. *J. abn. Psychol.*, 1921, 16, 55-64.
15. PRESSEY (X.-O.) (Cross-Out). — *Test for Investigating the Emotions.* C. H. Stelting C°, Chicago.
16. WATSON (G.-B.). — Tests of Personality and character. *Rev. Educ. Res.*, 1932, 2, 183-270.
17. WATSON (G.-B.). — Nex steps in personality measurement. *Character & Personality*, 1933, 2, 66-73.
18. VERNON-PHILIP (E.). — The American v. the German Methods of Approach to the Study of Temperament and Personality. *British Journal of Psychology*. General Section, oct. 1933.
19. WRIGHTSTONE (J.-W.). — Validity of the Woodworth-Mathews personal data sheet for diagnosing certain personality disorders. *J. Educ. Psychol.*, 1934, 25, 39-44.

Voir également les études bibliographiques sur les tests de caractère publiées par le « *Psychological Bulletin* », depuis 1928.

MÉLANCOLIE CHEZ UN ATHÉROMATEUX AVEC TENSION ARTÉRIELLE NORMALE OASIS DE NÉVROGLIE

PAR

C. I. URECHIA et N. ELEKES

L'observation que nous rapportons ici, avec l'examen microscopique, est doublement intéressante : au point de vue clinique, par une tension artérielle normale, fait relativement rare et qui peut rendre le diagnostic causal hésitant ; et au point de vue anatomique par un aspect assez rare de la névroglie.

Ad. Alexandre, 68 ans, nulle tare héréditaire dans la famille ; dans ses antécédents personnels dysenterie et lithiase rénale ; jusqu'à la maladie actuelle, il fumait trente à quarante cigarettes par jour.

Cinq mois auparavant, il a eu des contrariétés et des difficultés d'argent, qui l'ont beaucoup affecté. Il était sans cesse préoccupé de ses difficultés, et, après quatre mois de tourments, il a présenté brusquement des troubles psychiques. Ces troubles psychiques présentaient le caractère de la mélancolie ; il était agité et anxieux, et s'accusait d'être un misérable, d'avoir tué un homme, d'avoir tué l'enfant de sa fille qui était gravide. En conséquence, disait-il, il devait se suicider, parce qu'il ne pourrait supporter cette honte et le châtiment qui l'attendait. Quelques jours plus tard, il a fait une tentative de suicide par pendaison, tentative qui échoua, la corde s'étant rompue. C'est à la suite de cette tentative que la famille l'a amené dans notre clinique.

Le malade, dont l'état général paraît satisfaisant, présente une légère aortite ; la tension artérielle est de 14-9 (Vaquez-Laubry) ; il existe de l'inappétence avec langue saburrale, de la constipation ; légère anisocorie avec conservation des réactions pupillaires ; démarche un peu lacunaire. Pour le reste, rien d'anormal. La ponction lombaire est négative. L'urine ne contient ni albumine ni sucre.

Au point de vue psychique, le tableau est celui de la mélancolie avec bouffées anxieuses. On constate, cependant, quelques symptômes d'involution. Le malade confond les jours de la semaine, confond les mois (il croit être en novembre, alors que nous sommes en septembre), et présente de légères lacunes de la mémoire ; il cherche à s'enfuir pendant la nuit pour échapper à des individus qui veulent l'assassiner, parce qu'il a péché.

Un autre jour, il déclare n'avoir peur de rien ; qu'il n'a plus d'ennuis ; il affirme avoir assommé une servante et nie ce même fait quelques minutes plus tard. Il ne peut justifier le motif de sa tentative de suicide. Conscience incomplète de sa maladie, car il affirme avoir été amené à la clinique, parce qu'il a pris tous les comprimés d'un tube d'aspirine.

Un mois plus tard, sous l'influence du traitement opiacé peut-être, il s'est amélioré ; l'anxiété et le délire d'autoaccusation ont disparu.

Deux semaines plus tard, et après avoir supprimé le pantopon, les symptômes psychiques réapparaissent. Le malade fait du scandale, ne veut pas recevoir ses habits prétextant qu'on a volé les siens et qu'on veut lui en mettre d'autres ; il vérifie les poches et persiste à affirmer que ce ne sont pas ses habits. Les jours suivants, s'installe de nouveau le délire d'autoaccusation ; ce délire, cependant, n'est pas bien soutenu, et variable ; par moments, le malade se rend compte de ses idées délirantes et nous demande pardon. Pendant la nuit, il se lève plusieurs fois et veut se réfugier en ville, s'agite, pour se calmer très vite. La tension artérielle est de 13-9.

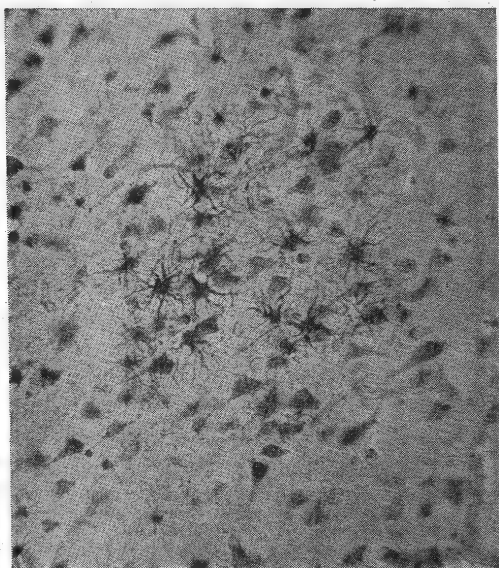
Les mois suivants, même état ; alternatives de dépression avec idées d'autoaccusation, quelques idées hypochondriaques et de périodes pendant lesquelles il est relativement bien disposé, fait de l'esprit, et se moque des énormités qu'il a dites antérieurement. La pression artérielle est de 14-9.

Quatre mois après son internement, le malade succombe subitement. A l'autopsie, on constate un ramollissement du myocarde, qui explique la mort subite. Les vaisseaux du polygone du Willis présentent une athéromasie énorme, diffusée à peu près partout ; dans les ganglions de la base, plusieurs lacunes de désintégration.

Nous avons fixé des morceaux différents du cerveau et des noyaux de la base, à l'aide des fixateurs classiques, bromure au formol, alcool, Weigert. L'examen microscopique nous a montré les lésions qu'on trouve habituellement dans l'athéromasie cérébrale, lésions relativement peu avancées ; les thromboses, les petits ramollissements sont rares. Les foyers de « verrödung » sont petits et fréquents. Nous croyons inutile de faire la description de ces lésions assez banales et bien connues, pour insister seulement sur une lésion qui a attiré notre attention et que nous considérons comme peu connue.

Cette lésion consiste dans la présence d'oasis, de bouquets de

névroglie, inégalement répartis dans la substance grise. Ces bouquets, plus ou moins grands, sont relativement moins fréquents dans les couches superficielles et profondes. Nous n'avons que rarement rencontré des oasis névrologiques empiétant un peu sur la substance blanche. Mais pourquoi cette différence ? Il existe dans la substance blanche une importante transformation amœboïde, qui serait capable de supprimer cet aspect morphologique. Il est, d'autre part, bien connu que la névroglie de la substance grise ne se colore pas en général avec la majorité des méthodes usuelles. Par conséquent, il doit exister une différence, dont la nature n'est pas assez connue,



entre la névroglie de ces deux substances. Cette différence tinctorielle (méthode de Cajal et méthodes de Mann, Alzheimer, etc.), de même que la transformation amœboïde, seraient peut-être capables d'expliquer pourquoi ces bouquets névrologiques ne se rencontrent que dans la substance grise (simple hypothèse, qui servirait à des recherches de contrôle). Ces oasis névrologiques frappent immédiatement, à un examen avec l'objectif trois. Par la coloration de la névroglie avec la méthode de Cajal, méthode qui se prête le mieux à leur examen, ces bouquets apparaissent constitués par plusieurs cellules (3, 4, 6, 10), qui tranchent et sont bien délimitées dans la substance grise. Elles sont plus grandes que les autres cellules névrologiques de voisinage, leur hypertrophie cependant n'égayant pas celle des cellules engraisées (gemästete Zellen) des auteurs allemands. L'avidité colorante surtout est très prononcée, et, à cause de cette hyper-

chromasie, les détails cellulaires sont masqués en partie ou même complètement, les cellules apparaissant comme des silhouettes noires. Sur les pièces faiblement colorées, ces cellules tranchent davantage. Nous avons rencontré des bouquets constitués seulement de deux ou trois cellules et quelquefois des oasis disposées d'une manière un peu laminaire, ou bien des oasis se reliant entre elles par une ou deux cellules faisant une espèce de trait d'union. Cette dernière éventualité n'a été que rarement rencontrée. Les cellules qui constituent ces oasis, ne sont pas disposées ou groupées à la manière des nodules ; elles ne possèdent ni l'architectonie ni la morphologie, ni les caractères des nodules, comme on peut très bien s'en rendre compte d'après les microphotographies. Dans ces cellules, nous rencontrons par la coloration complémentaire au Scharlach des granulations grasses ; ce qui démontre qu'en même temps elles présentent des altérations regressives, peu marquées, du reste. Les cellules aréolées étaient absentes au niveau de ces oasis ; il ne serait peut-être pas impossible de rencontrer de telles cellules, mais ce serait tout à fait rare, et nous allons en comprendre un peu plus loin la raison. Nous avons cherché si ces oasis ont des rapports avec les vaisseaux ; nous avons trouvé des bouquets situés au voisinage des vaisseaux, et le plus souvent à distance ; mais le rapport d'une lésion avec les vaisseaux ne pourrait être exactement établi qu'avec des coupes sériees, ce que nous n'avons fait. Le réseau capillaire est si dense et si intriqué surtout dans l'écorce, que le rapport vaisseau-lésion n'est pas facile à apprécier. Nous sommes d'avis cependant comme nous le dirons plus loin, que les vaisseaux doivent avoir un rôle très important dans la genèse de ces lésions. Nous avons constaté aussi que ces oasis névrogliques n'ont pas de rapport avec des ramollissements microscopiques. La méthode de Urechia et Nagy pour le tissu conjonctif n'a pas mis en évidence de scléroses insulaires, qui pourraient correspondre à ces oasis (colorations faites sur des sections provenant d'un même morceau). Ces scléroses névrogliques sont-elles trop jeunes, la mort du malade ayant empêché le tissu mésenchymateux d'envahir ces foyers ? Les petits ramollissements microscopiques sont envahis plus tard comme on le sait après que les cellules aréolées ont déblayé le terrain du tissu nécrosé, d'un tissu conjonctif faisant office de cicatrice et de soutien. Sur nos pièces, nous n'avons pas rencontré ce processus mais elles montrent pour ainsi dire des nécroses partielles, des atrophies lentes et incomplètes du tissu noble, sans nécrose proprement dite et sans cellules aréolées. Une constatation importante faite sur nos coupes est que ces bouquets névrogliques s'observent sur des pièces avec des foyers de « verrödung » et que la disposition et l'étendue de ces oasis calque en partie ces foyers. Nous ne pourrions dire, au moins à présent, si ces bouquets apparaissent au niveau de foyers avancés ou de foyers récents, ni à quel moment ils apparaissent au niveau des foyers. Nous avons très rarement rencontré au niveau de ces

oasis, une coloration roussâtre et quelquefois un aspect légèrement granuleux.

Comme les colorations ont été faites sur des pièces ayant séjourné peu de temps dans le formol, l'éventualité de plaques dues à une fixation prolongée est exclue. La méthode de Hortega pour la névroglie, qui ne colore pas la névroglie, imprègne quelquefois ces bouquets. Les oasis cependant n'apparaissent qu'en très petite quantité et pas si bien imprégnées ; ce ne sont probablement que les oasis qui présentent une plus grande argentophilie qui se colorent. C'est du reste un fait connu, au point de vue général, que la névroglie pathologique n'est plus si exigeante en matière de coloration. Le mésoglie apparaît quelquefois irritée au voisinage de ces plaques, Par la méthode de Bielschowsky nous n'avons trouvé qu'exceptionnellement des bouquets qui se sont en partie imprégnés. Avec les méthodes de Man, Alzheimer, Van-Gieson, Scharlach, ces oasis sont invisibles.

En jugeant d'après nos connaissances de pathologie générale, il faut admettre que ces oasis névrogliques doivent traduire une irritation locale. Dans ce cas d'athéromasie cérébrale, avec des foyers de « verödung », des foyers de nécrose incomplète, une irrigation insuffisante, de même que peut-être des spasmes vasculaires, ont donné lieu à une atrophie progressive, à une espèce de momification pour ainsi dire de ces régions inanitiées. Cette insuffisance d'irrigation a conduit à une atrophie de l'élément noble, avec irritation de la névroglie, irritation qui a conduit au tableau histologique que nous venons de décrire. Ces oasis névrogliques constituent en partie une image négative de ces foyers de « verödung » qu'on constate par la méthode de Nissl. Nous sommes d'avis que de nouvelles études comparatives de sections sériées colorées par les méthodes de Nissl et de Cajal sont encore nécessaires pour mieux approfondir ces rapports.

Les rapports de ces îles de névroglie avec les petits foyers de destruction partielle des cellules, rapports assez relatifs d'ailleurs, posent la question suivante : pourquoi ces îles névrogliques ne se rencontrent-elles pas couramment au niveau des foyers de « verödung » ? A ce point de vue, le pourquoi et le comment de cette lésion microscopique restent encore en suspens.

La présence de tels foyers névrogliques n'a été que très rarement signalée. Alzheimer, Walther, les ont rencontrés dans quelques cas de démence précoce à décours prolongé. Ils étaient situés à la limite de la substance blanche et de la substance grise.

Walther, dans un de ses trois cas, les a rencontrés aussi dans le lobe temporal, au niveau des couches III-V. Joséphy affirme les avoir rencontrés aussi dans quelques cas de démence précoce et se demande si ces cas ne constituent un groupe à part. Comme il s'agit de cas à longue évolution, on peut se demander si ces cas ne présentaient pas aussi des lésions athéromateuses ou artério-scléreuses. Notre cas infirme l'affirmation que cette lésion ne se constate que dans la démence précoce.

Nous rappellerons en passant, et à propos de ce syndrome mélancolique, que nous avons examiné aussi les noyaux paraventriculaire, mamillaire, supra-optique et propre du tuber où nous n'avons trouvé que des lésions insignifiantes. Dans un autre cas de mélancolie chez une jeune femme qui s'est pendue à un clou de son armoire, nous n'avons trouvé aussi que des lésions sans importance. Nous avons fait ces examens en considération des troubles végétatifs qui existent chez les mélancoliques.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 12 Juillet 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 14 juin 1934 et le procès-verbal de la séance du lundi 25 juin 1934 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Marcel CARON, de Paris, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr Pierre LÉCULIER, de Saint-Ylie (Jura), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr Pierre MARESCHAL, de Paris, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Professeur Vicente DIMITRI, de Buenos-Aires, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

des lettres de M. le Dr Jacques LACAN, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Asiles publics d'aliénés, et de Mlle le Dr Denise MARTILLE, Médecin-Chef à l'Etablissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. H. CLAUDE, PETIT

et CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 octobre 1934 ;

une lettre de M. le Dr Mares CAHANE, Médecin en Chef de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie, Roumanie), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : la Société désigne une Commission composée de MM. CAPGRAS, René CHARPENTIER et COURBON, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 octobre 1934 ;

un envoi de M. le Professeur Charles LADAME, de Genève, *membre associé étranger*, faisant hommage à la Société d'une belle brochure qu'il vient de publier sur l'histoire, l'organisation et les diverses activités de l'Asile-Clinique psychiatrique Bel-Air à Chêne, près Genève, dont il est médecin-directeur.

Ordre du jour de la séance du mois d'octobre

Sur la proposition de M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*, et à l'unanimité des membres présents, la Société décide de réserver sa séance du *lundi 22 octobre 1934* à l'étude des *Hallucinations*.

Célébration du Centenaire de Magnan

Sur la proposition de M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*, et à l'unanimité des membres présents, la Société décide de consacrer sa séance solennelle du *lundi 27 mai 1935* à la célébration du centenaire de V. MAGNAN, né à Perpignan le 16 mars 1835, fondateur du service de l'Admission à l'Asile Sainte-Anne, service qu'il dirigea du 1^{er} mai 1867 jusqu'au 30 juillet 1912, date de sa mise à la retraite. Mort à Suresnes, le 27 septembre 1916, dans sa 82^e année, après une glorieuse carrière, Magnan fut deux fois président de la Société Médico-psychologique, en 1887 et en 1900. Il fut, en 1915, président de l'Académie de Médecine. « Magnan, a dit Paul Sérieux, fut l'éducateur non seulement de ses élèves immédiats, mais de la plupart des aliénistes contemporains. Tous les disciples du Maître lui doivent le meilleur de leur personnalité médicale, et son souvenir s'impose à eux comme un exemple inoubliable (1). »

A propos du vœu de l'Académie de Médecine sur la Malariathérapie

M. P. GUIRAUD rappelle la communication présentée à la séance du 25 juin 1934 par M. G. DEMAY, et intitulée : *Faut-il interdire*

(1) Dr Paul SÉRIEUX. — V. Magnan. Sa vie et son œuvre. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet et octobre 1917, janvier 1918.

aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés ? Depuis la dernière séance de la Société, l'Académie de Médecine, sur la proposition de sa Commission, a voté un vœu qui sera présenté à M. le Ministre de la Santé publique et dont le texte adopte les conclusions de M. MARCHOUX.

Sur la proposition de M. GUIRAUD, et à l'unanimité des membres présents, la Société Médico-psychologique désigne une Commission composée de MM. MIGNOT, président, G. DEMAY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD et Noël PÉRON, commission chargée de rédiger et de présenter à M. le Ministre de la Santé publique un vœu conforme aux conclusions unanimes exprimées par les membres présents de la Société Médico-psychologique lors de la discussion de la communication de M. Demay et adoptées de nouveau à l'unanimité des membres présents à la séance du 12 juillet 1934.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS.

Inspiration poétique morbide, par MM. LÉVY-VALENSI et Jean DELAY.

Cette malade, âgée de 26 ans, est une hyperémotive constitutionnelle. Depuis l'enfance, elle a toujours été inquiète, vibrante, « souffrant et pleurant pour des riens ». Avec la puberté, s'est accusée chez elle une tendance schizoïde : elle redoutait les contacts sociaux, évitait toute compagnie, recherchait la solitude et la rêverie. A 20 ans, elle a épousé un homme de trente ans plus âgé qu'elle. Elle lui a constamment témoigné une sollicitude inquiète, volontiers exigeante, tyrannique, cherchant à l'empêcher de revoir ses parents, ses amis, lui faisant subir cette « persécution par la tendresse » si fréquente d'après Devaux et Logre, chez les femmes anxieuses. Cette tendresse était d'ailleurs exclusivement platonique, car elle n'a subi les rapports sexuels qu'avec la plus grande répulsion et l'annonce de la maternité fut pour elle un sujet de craintes physiques non dissimulées. Cependant, la grossesse et l'accouchement se passèrent tout à fait normalement et elle voulut allaiter elle-même sa petite fille.

L'accès de mélancolie anxieuse. — Ce fut environ un mois après l'accouchement, qu'une nuit elle réveilla son mari, lui déclarant — dans une angoisse extrême — qu'elle était en train de mourir. « Une veine de la matrice a éclaté dans mon ventre... Tout mon sang s'est répandu... Je meurs... C'est notre enfant qui m'a tuée. » Un médecin, appelé d'urgence, ne constata aucun signe objectif, mais les jours suivants, la malade continuant à affirmer sa mort imminente, douze médecins furent successivement appelés, qui se trouvèrent tous d'accord pour la considérer comme une psychopathe.

Pendant huit mois, elle vécut dans cette attente anxieuse de la mort, refusant de quitter son lit, ne s'alimentant guère, insomniaque, tantôt muette, refusant de répondre aux questions, tantôt se répandant en lamentations pathétiques.

Une tentative de suicide par défénestration, faite — nous dit la malade — « pour aller au devant de la mort », décida sa famille à la faire hospitaliser.

Graphorrhée rythmée. Activité pseudo-poétique. — Quelques jours après son admission à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur agrégé Lévy-Valensi, la malade se mettait à écrire à son mari et à quelques personnes de sa famille des lettres interminables, suppliant qu'on la laisse revenir mourir chez elle.

C'est alors qu'en passant un matin près d'elle, nous avons remarqué qu'elle écrivait *en chantant*, si l'on peut appeler chant une espèce de mélodie lente, monotone, rythmée, rappelant par moments certaines incantations populaires (fados portugais). Nous avons vu que ses lettres contenaient des vers, ou plus souvent des mots jetés tant bien que mal sur le rythme de cette mélodie, le chant précédant très nettement chez elle l'apparition des mots. Le lendemain même, son mari venait nous trouver, affolé. La lettre qu'il venait de recevoir était, pour la première fois, écrite en vers. (En réalité, les premières, qu'il nous a montrées, étaient déjà rythmées, mais non rimées). Cette fois, il ne mettait plus la folie en doute, « si tant est que j'ai pu avoir quelque doute ». Il nous précisa que sa femme n'avait qu'une éducation littéraire des plus rudimentaires, qu'elle lisait peu et qu'« elle détestait la poésie ».

A partir du jour où se déclara cette vocation poétique inattendue, la malade écrivit — pour ainsi dire — sans cesse et partout, demandant à chaque instant du papier, écrivant même au verso de la feuille de température, semblant sous le coup d'une inspiration irrésistible. Invariablement, le chant, la complainte, précède les vers. Quant elle s'arrête d'écrire, elle continue de chanter, puis recommence après un temps à écrire, semblant infatigable. Quant au thème de toute cette activité artistique, ou mieux, pseudo-artistique (eu égard à la médiocrité de ces vers, au moins de la plupart), il ne varie guère : la mort, les adieux, les regrets.

En voici quelques extraits :

LE DERNIER ADIEU

*Je suis venue mourir
Au cœur du grand Paris,
Dans un dernier soupir
J'entends ses derniers cris.*

*Par la fenêtre ouverte
Un grand souffle est entré,*

*Et sur ma pauvre tête
Est venu se poser.*

*C'est le dernier adieu
De la ville chérie.
Et en fermant les yeux
J'ai dit : « Adieu Paris. »*

LE DERNIER RÊVE

*Je voulais encore une fois,
Avant de fermer les yeux,
Que tu me prennes dans tes bras
En me faisant de doux aveux.*

*Je voulais encore une fois,
Avant de partir pour toujours,
Que tu me dises : « Je n'aime que toi. »
Que tu me parles avec amour.*

*Je voulais avant de mourir,
De tes lèvres un dernier baiser,
Je l'aurais fait un beau sourire.
Mon rêve était réalisé.*

LA DERNIÈRE VISION

*Allez, venez ma poupée blonde.
Je l'ai revue une fois encore,
Et j'emporterai dans ma tombe
La vision de ses cheveux d'or.*

*Elle est venue, ma chère petite,
J'ai regardé ses jolis yeux,
Et je m'en vais partir bien vite,
Pour la retrouver dans les cieux.*

*Elle est venue, belle comme un ange,
Certainement, elle descend du ciel ;
Pourtant cela me semble étrange,
Je croyais que les anges avaient des ailes.*

A TOI, PETITE POUPÉE

*Je voulais revoir ton berceau,
Ton joli petit lit rose,
Où tu fais si bien dodo,
Comme un ange se repose.*

*Je voulais rien qu'une nuit
M'endormir auprès de toi,
Avant de quitter la vie,
Te sentir tout près de moi.*

*Et j'aurais chanté pour toi,
Pour voir ton joli sourire,
Ta petite main dans mes doigts.
Alors j'aurais pu m'endormir.*

A SA FILLE

*Petit ange du ciel, tu es cause de ma mort,
Mais pour te revoir je sourirai encore.
Petite poupée jolie, j'ai souffert le martyre,
Je souffrirai le double pour un de tes sourires.*

*Petite fille chérie, tu es venue me voir.
Mais tu n'as pas compris mon très grand désespoir.
Tes beaux yeux ont pleuré sans savoir pourquoi,
Mais les miens t'ont vue pour la dernière fois.*

*Ma mignonne chérie, pense à ta petite maman.
Je prierai pour toi, pour que tu vives longtemps.
Aime bien ton papa et ta mère chérie.
Je t'aurai tant aimée, mais Dieu a pris ma vie.*

En même temps qu'apparaissait cette activité littéraire, l'état de la malade se modifiait profondément. Elle recommençait à manger, et du meilleur appétit. La nuit, elle retrouvait le sommeil auquel elle était parfois arrachée par une « inspiration subite ». Jusqu'alors, elle ne voulait pas parler à ses voisines, maintenant elle ne demandait pas mieux que de leur « dire » ses œuvres, dont elle devenait chaque jour plus fière. Peu à peu, elle se lia d'amitié avec une jeune malade du service. Elle se leva, resta chaque jour plusieurs heures debout. Cette jeune malade devint d'ailleurs son « inspiratrice ».

POUR ELLE

*Je vais bientôt mourir,
J'écris ceci pour vous ;
Je vous ai vu sourire,
Sourire jusqu'au bout.*

*Je n'ai qu'un souffle à peine.
Vous ne m'en croyez pas ;
Je vous aime quand même,
Car vous ne savez pas.*

Quand vous allez comprendre,
Vous aurez des regrets,
Et votre cœur tendre
Ne m'oubliera jamais.

Je vous aurai aimé,
Vous me plaisiez beaucoup,
Mais je vais m'en aller,
Toujours souvenez-vous.

Ma mort est bien réelle.
Toujours rappelez-vous
Que là-haut, dans le Ciel,
Je prierai un peu pour vous.

Une vingtaine de jours environ après le début de sa production poétique, la malade était transformée. Certes, elle disait toujours qu'elle allait mourir, mais il y avait une réelle discordance entre ses dires et son comportement. Un jour, nous l'avons surprise en train de danser toute seule ; il est vrai qu'interrogée, elle nous a dit mimer la Mort du Cygne.

Cependant, son mari la trouva tellement améliorée qu'il voulut la ramener chez lui. D'après les derniers renseignements, elle va très bien et ne parle plus de mourir. Elle a cessé d'écrire, dit d'elle-même « qu'elle en serait maintenant *incapable* », et passe son temps à s'occuper de sa petite fille. Elle devait venir ce matin, mais son mari, au dernier moment, a « craint de réveiller de trop mauvais souvenirs », et il a eu sans doute raison.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre.

1. Le *caractère automatique*, si souvent discuté, de l'inspiration poétique, y apparaît de façon évidente. Comme nous demandions à cette jeune femme pourquoi elle écrivait, elle nous répondit : « *C'est plus fort que moi*, mais cela me fait du bien, me *délivre*. » Et quand elle relit ses vers, elle est parfois stupéfaite « *je me demande si c'est de moi*. » A propos des médiocres productions que nous avons citées, il paraîtra peut-être hors de propos de citer l'opinion des vrais poètes sur le caractère automatique de cette inspiration. Rappelons cependant celle de l'un d'eux, dont l'inspiration n'apparaîtrait pourtant pas — au premier abord — si spontanée :

« Ainsi la parole intérieure, écrit M. Paul Valéry, cette infinité d'entreprises ininterrompues, par leur propre facilité, est *subie* par le poète et lui apparaît non comme sienne, mais comme sans personne et sans origine. »

2. Nous avons pu vérifier sur elle, d'une façon objective, une des grandes lois de l'activité poétique : *la précession du rythme sur le poème*, précession qui est bien compréhensible puisque le rythme est le langage naturel de l'émotion.

La plupart des poètes chantent leur poème avant d'y placer des mots. Certains rythmes de la nature ou de la vie moderne peuvent diriger leurs rêveries, bruit de la mer, d'une source, d'un moulin, etc...

« J'ai, avant que les mots viennent, écrit Bühler, une conscience du rythme, quelque chose comme un schéma du temps ; j'ai, avant ces mots, la conscience d'une forme, quelque chose dans quoi les mots, à leur arrivée, ont pu s'encadrer », et Flaubert : « C'est fini, je n'ai plus qu'une dizaine de pages à écrire, mais j'ai toutes mes chutes de phrase. »

3. Cette inspiration poétique est survenue chez une hyperémotive au cours d'un accès de *mélancolie anxieuse*. L'apparition de cette activité littéraire doit-elle faire reformer le diagnostic de *mélancolie anxieuse* en celui d'*état mixte* ? Doit-il faire invoquer l'apparition d'une phase maniaque succédant à la phase mélancolique ? C'est possible, mais cela ne nous apparaît pas certain. Si les formes purement dépressives sont incompatibles avec une création lyrique, il est possible que la *mélancolie anxieuse* soit une source d'activité en raison d'une élévation inaccoutumée du tonus émotionnel, de l'action sthénisante de l'anxiété. Antheaume et Dromard dans leur étude sur Poésie et Folie en ont rapporté de beaux exemples.

4. Un fait est à souligner dans la *coïncidence* de cette activité poétique avec l'amélioration de la malade. Mais faut-il voir là une simple coïncidence ? Dans l'hypothèse d'un état mixte, cette hyperactivité psychique n'est qu'un des symptômes de la manie. Mais certains des propos de la malade nous paraissent devoir être pris en considération : « Quand j'écris, c'est plus fort que moi, cela me fait du bien, cela me *délivre*. » Elle revient plusieurs fois sur ce mot, délivrance. Il n'est pas inutile de rappeler le passé très spécial de cette malade, sa tendance à l'isolement et à la rêverie à partir de la puberté ; son horreur des rapports sexuels, ses craintes physiques intenses pendant la grossesse. N'y a-t-il pas là du « refoulement » si souvent invoqué par les psychanalystes dans la genèse de l'inspiration artistique, apparaissant dès lors comme une sublimation, une catharsis. Mais nous ne voulons pas entrer plus avant dans l'étude des relations entre inspiration et psychose.

**Délire archaïque (astrologie, envoûtement..., magnétisme),
par MM. LÉVY-VALENSI et Jean DELAY.**

Les rapports de la mentalité primitive et de la mentalité paranoïde étant à l'ordre du jour, nous avons cru intéressant de présenter cette paranoïde dont le délire a un contenu nettement anachronique et même, selon l'expression de Wahl, archaïque.

Le 28 juin 1934, à huit heures du soir, cette malade se présentait à l'Hôtel-Dieu, demandant à être admise d'urgence. Elle venait, disait-elle, « se mettre sous la protection des docteurs pour échapper à un envoûtement ».

Le terme « envoûtement » est souvent indistinctement appliqué à des procédés quelconques de magnétisme et de sorcellerie. Mais cette malade, initiée à l'ésotérisme, emploie ce mot dans son sens le plus strict, voire le plus orthodoxe. Le mot envoûtement (qui devrait s'écrire envoultement) vient du latin *in vultus* qui signifie en effigie. Les nécromants affirmaient qu'après avoir fait subir une préparation rituelle à une statuette de cire faite à la ressemblance d'une personne, c'est désormais l'image, le « volt », en termes techniques, qui détient la sensibilité et la vitalité de son modèle.

Dès lors, tous les maux que l'on veut infliger à la statuette sont ressentis par la personne qu'elle représente.

Cette malade dit être envoûtée par un hindou, magnétiseur de profession, à qui elle a donné imprudemment sa photographie, dans un moment de confiance.

Il a, d'après cette photographie, modelé une statuette de cire exactement à son image et il lui fait ressentir, la nuit de préférence, « des sensations sur lesquelles, nous dit-elle, une honnête femme ne saurait insister ». De plus, par des impositions de mains et des passes magnétiques sur la statue, il détermine des courants fluidiques qui lui parviennent aussitôt dirigés sur l'une ou l'autre partie du corps. La nuit, elle garde en vain une casserole de cuivre sur la tête et cherche à se protéger les parties génitales avec des tampons de soie ou d'ouate, mais les fluides lui parviennent avec une force irrésistible. Quand le magnétiseur, qu'elle croit maintenant être une incarnation diabolique, pique la statue avec une épingle, elle ressent la piqure de l'épingle. Son sort, nous dit-elle, est lié au sort de la statue de cire, qu'elle se brise ou, comme elle le redoute par ces temps de chaleur, qu'elle se mette à fondre, et c'est sa mort au même instant.

Fabriquer des images de cire à la ressemblance d'un individu

dans le but de lui nuire, c'est bel et bien le crime d'envoûtement — si fréquemment relaté dans les procès de sorcellerie du moyen-âge — et qui était puni de mort. Une de ces histoires médiévales les plus connues est le procès d'Enguerrand de Marigny, garde du Trésor de Louis X, dont la femme fut accusée d'avoir fait fabriquer, par un nécromant de profession, une image de cire à la ressemblance du roi Louis X, afin de procurer par sortilège la délivrance de son mari.

Cette superstition archaïque a sans doute des adeptes de nos jours. En 1893, J.-K. Huysmans et Jules Bois accusaient le sâr Joséphin Peladan et son disciple Stanislas de Guaïta d'avoir fait mourir par *envoûtement* le célèbre abbé Boullan, prêtre défroqué, grand pontife du Carmel, prestigieusement décrit par Huysmans, sous le nom du Dr Johannès, dans son livre *Là-Bas*.

Outre la croyance à l'envoûtement, la mentalité de cette paranoïde nous paraît intéressante à rapprocher de la mentalité primitive, même imperméabilité à l'*expérience sensible*, même foi aveugle et exclusive en la seule *expérience mystique*. Cette *expérience mystique* entraînant, comme chez les primitifs, une logique spéciale, la Prélogique de Lévy-Bruhl régie par la loi de participation.

Voici brièvement résumée, car son délire est très riche, les points les plus saillants de l'histoire de cette femme :

C'est une débile qui a toujours été crédule, suggestible, superstitieuse.

— *Elle a toujours cru aux pressentiments.* Mariée à un alcoolique, irascible et brutal, elle a été très malheureuse, mais elle a deviné qu'elle serait malheureuse d'une façon prématurée ; en sortant de la messe de mariage, elle a entendu une voix qui lui disait : « Maintenant, ta vie est finie. » En réalité, invitée à préciser, elle a reconnu qu'il ne s'agissait pas d'une voix extérieure, mais intérieure : hallucination psychique et non auditive.

— *Croyance aux seuls procédés empiriques.* Atteinte vers 25 ans d'une maladie de Basedow caractérisée avec goitre, exophtalmie légère, tachycardie et tremblement, elle n'a pas voulu consulter de médecin, sachant que c'était « sa douleur qui lui était montée à la gorge ». Elle ne s'est décidée à se faire soigner médicalement que très tard, en 1925, uniquement quand elle a appris qu'elle pouvait être traitée par des « rayons ». La radiothérapie l'a guérie de son basedowisme, mais elle attribue cela à des influences fluidiques mystérieuses.

Elle a, par contre, été consulter un nombre illimité de chiromanciennes, de faiseurs d'horoscopes et de magnétiseurs. L'un la fit coucher sur des papiers secrets, l'autre magnétisa son linge, un autre lui

fit frictionner les parties génitales avec de la fleur de mauve. Elle a toujours été merveilleusement comprise par les magnétiseurs qui seuls « comprenaient son corps ». Plusieurs lui ont dit qu'elle ferait un médium remarquable et qu'elle était douée de magnétisme personnel.

— *Magnétisme personnel et croyance aux songes.* Elle a cherché à exercer son magnétisme personnel sur son mari, qui était à l'Hôpital de la Pitié, atteint de tuberculose pulmonaire. Elle lui a fait une imposition des mains, puis est allé faire brûler un cierge à l'Eglise. Le lendemain, lui qui, dyspnéique, avait besoin d'oxygène pour respirer, il respirait sans ballon d'oxygène, grâce à un grand ange blanc qui le faisait respirer en mettant sa main au-dessus des poumons. Son mari est cependant mort huit jours plus tard. Elle ne s'en est pas étonnée, car *en songe*, elle avait vu apparaître, à côté de l'ange, un squelette avec sa faux, et ses songes ne l'ont jamais trompée.

— *Symbole.* Quelque temps après la mort de son mari, elle s'est fait soigner par un dentiste. Il y a là tout un roman érotomane, dont nous ne signalerons qu'un seul fait. Le dentiste n'a jamais dit un mot qui pût faire soupçonner son amour, « car il était très timide », mais elle a connu qu'il l'aimait par la façon dont il lui a présenté le dentier qu'il lui avait confectionné. Ce dentier était présenté « dans un écrin, comme un bijou, comme une bague. C'était un symbole ».

— *Astrologie.* Cependant, un fluide les attirant l'un vers l'autre de plus en plus violemment, et « méfiante des hommes depuis son pauvre homme de mari », elle décide de faire faire son *horoscope*.

Elle s'adresse à un « Institut horoscopique spécialisé ». Le premier message lui disait, entre autres prédictions : « Bien conseillée et dirigée, vous pouvez faire de grandes choses. » Elle fut enthousiasmée et, après avoir pris l'horoscope simple à 25 fr., demande l'horoscope moyen à 50, puis l'horoscope « complet suprême » à 75 fr.

Elle a appris ces horoscopes *par cœur*, et les récite d'un ton prophétique, debout, une main dirigée vers le ciel. De tous ces horoscopes, il résulta toujours que, bien dirigée, elle était promise à de hautes destinées et, dès lors, en pleine mégalomanie, elle négligea complètement le dentiste.

« Vous devrez faire confiance aux amitiés qui naîtront pendant ces deux semaines, disait l'horoscope. Il est en effet à croire que les personnes avec lesquelles vous vous lierez de façon intime vous apporteront une aide dans vos affaires futures. » Elle reçut ce message un samedi. Le dimanche, étant allée au marché de Bicêtre, elle entre dans la boutique d'un magnétiseur hindou, qui, « moyennant deux francs, mettait sa science au service de l'humanité ». Sur la foi de l'horoscope, elle lui voue une confiance absolue, sans se douter que c'était le diable en personne. Elle alla chez lui tous les jours, pour se faire faire des séances d'« électricité générale », moyennant 10 fr. Peu à peu, naquit entre eux une « amitié affectueuse », car il était né « sous le signe du Verseau, influence de Saturne et vénusienne, et

elle était née sous le signe du Lion ». Cependant, ce magnétiseur devant s'absenter, lui demanda une photographie, afin de pouvoir continuer à lui faire du magnétisme à distance. Elle proposa une photographie d'identité, mais lui exigea une grande photographie, il spécifia même « avec les jambes ». « J'ai eu la faiblesse, dit-elle, de la lui envoyer. »

— *Envoûtement.* Le soir même, à minuit, elle sentit qu'on la tirait par les jambes et elle devina qu'elle était envoûtée. Elle se sentit chaque nuit harcelée de fluides, elle se protégea tant bien que mal, protégeant toutes les places spécialement visées : tampon de soie dans le vagin et l'anus, marmite sur la tête, etc...

Une nuit, « Il » lui fit apparaître tous ses morts, et elle assista à leur résurrection... Il lui envoya des pensées « inavouables », et même, dit-elle, « il m'a fait faire des choses que j'ignorais ». Elle ne veut pas préciser.

Elle s'est demandée les premiers temps si elle était la proie d'un *incube*, mais non, elle en est maintenant certaine, c'est d'*envoûtement* qu'il s'agit.

Tel est ce délire qui vraiment mérite, dans son ensemble, d'être appelé archaïque. Croyance aux esprits. Rêves révélateurs. Résurrection des morts, hallucination, logolâtrie, on retrouve là tous les caractères de la mentalité primitive. Elle présente toutes les incarnations des superstitions à travers le temps, de l'astrologie à l'envoûtement médiéval et au magnétisme mesmérrien.

Cette analogie entre mentalité primitive et mentalité paranoïde a été entrevue pour la première fois par *Tanzi*, à propos de malades atteints de paranoïa hallucinatoire. Comme l'un de nous l'a récemment précisé, il ne s'agit que d'analogies et non d'identité. La mentalité primitive est sociale, la mentalité paranoïde individuelle. Elle est paradoxale, anachronique (Courbon) par rapport à la société où vit le malade.

M. MIGNOT. — Les idées d'envoûtement sont très fréquentes au cours des syndromes hallucinatoires chroniques, mais généralement, les sujets jouent le rôle *passif* : ils sont victimes du sorcier.

J'ai eu l'occasion d'observer une malade paysanne, d'origine du Plateau Central, qui jouait un rôle *actif*. Elle avait fabriqué en mie de pain et chiffons une poupée à mon effigie et, pour me punir de mes persécutions, elle lardait de coups d'épingles cette poupée au moment de ma visite, avec un véritable acharnement. La haine de cette malade vis-à-vis de son persécuteur atteint un degré à ce point exceptionnel que j'ai dû prendre des précautions particulières.

**Guérison à 50 ans d'une astasie abasie hystérique
datant de l'enfance, par M. Paul COURBON.**

Il s'agit d'une femme de 50 ans considérée, depuis sa plus tendre enfance jusqu'à ces temps derniers, comme incurable à cause de la persistance de troubles névropathiques contre lesquels avaient échoué toutes les thérapeutiques chirurgicales et médicales, l'internement à l'asile et l'exécution d'un pèlerinage à Lourdes.

Ces troubles consistaient en une attitude vicieuse de la station et de la marche avec algies diverses et crises convulsives. Ils avaient été prétexte à une morphinomanie qui dura plus de treize ans. Ils disparurent en 6 semaines de rééducation motrice, de psychothérapie et de médication sédative reconstituante.

Voici comment j'ai pu reconstituer l'histoire de cette femme d'après les pièces du dossier, d'après les dires de ses parents et amis, d'après les précisions que me donna son confesseur. Tous la considèrent comme la fille la plus honnête, la plus méritante et la plus sincère qui soit.

Elle est née, en 1884, d'un père violent et alcoolique dont plusieurs membres de la famille furent internés pour troubles mentaux ou convulsions. Sa mère, brave femme et dévote, l'éleva dans la résignation et l'humilité, craignant pour la fragilité de sa santé, le turbulent contact des enfants de son âge. Son frère, lui aussi alcoolique, était atteint de crises convulsives violentes, et mourut à 35 ans de tuberculose, après avoir ruiné sa sœur, qui était trop heureuse de se dépouiller de sa fortune pour lui.

Personnellement, elle fut toujours frêle et timide, souffrant de malaises bizarres qui l'empêchèrent toujours de participer aux jeux de ses contemporains. Elle ne put jamais courir, jamais faire la culbute. Souvent, ses jambes se dérobaient sous elle, et son plus ancien souvenir est celui des reproches que lui faisait son père parce qu'elle se tenait courbée, et traînait les jambes en marchant. Il lui avait fait faire, sur l'avis de divers médecins, un corset orthopédique, pour la redresser.

Malgré cette débilité physique, elle fréquenta l'école primaire, puis l'école professionnelle, et obtint à 12 ans son certificat d'études et à 15 ans, son certificat de giletière. Excellente ouvrière, elle est très adroite dans la confection des fleurs artificielles et dans le jardinage. Elle a une assez bonne instruction et possède beaucoup de notions étrangères à son métier, car elle a beaucoup lu pendant les longues heures de solitude vécues auprès de sa mère. Son rêve eût été le

couvent si elle eut eu une santé suffisante. Ses seules distractions furent toujours les cérémonies religieuses.

A 12 ans apparurent les premières crises convulsives à aura d'étouffements. Et depuis cette date, elle n'a cessé de consulter des médecins, d'entendre porter sur elle des diagnostics les plus contradictoires, de boire du bromure, de la valériane, de recevoir des piqûres, de subir des opérations. On commença par enlever le corset porté pendant 3 ans et par prescrire des douches matinales à aller prendre à Sainte-Anne, avec diverses potions. Mais si les crises s'es-pacèrent un peu, elles ne disparurent jamais. Quant à l'attitude et à la marche, elles ne furent pas améliorées.

A 15 ans, elle contracta une scarlatine avec albuminurie qui laissa des douleurs abdominales et lombaires dont furent accentuées la camptocormie et la dysbasie. Les médecins des hôpitaux de Bon Secours et de Saint-Joseph furent d'avis différents sur leur nature et sur leur thérapeutique.

A 23 ans, le chirurgien Delaunay l'opéra à l'hôpital Péan pour un kyste par la voie vaginale, ce qui amena une sédation momentanée des algies.

Mais l'année suivante, devant leur reprise, on l'envoyait à la Salpêtrière dans le service de Déjerine, qui la traita par la mise en cellule. Au bout de 2 mois infructueux de ce régime, la mère la retirait pour l'emmener en pèlerinage à Lourdes.

Là-bas, elle fut plongée sur sa demande dans la piscine, mais l'immersion s'accompagna de réactions telles que les médecins refusèrent de la recommencer. On se contenta les fois suivantes de lui appliquer sur le corps un peignoir trempé dans l'eau miraculeuse.

Elle revint de Lourdes aussi dysbasique et dystasique qu'au départ, n'ayant eu que 2 crises pendant le trajet, l'une en allant, l'autre en revenant, ce qui constituait tout de même une amélioration.

De retour, elle continua à souffrir du ventre, se mit à avoir des pertes fétides et des mictions douloureuses. Elle se fit examiner par plusieurs médecins. L'un d'eux l'envoya à un chirurgien qui lui enleva, par voie vaginale, l'utérus et les annexes. Elle avait alors 27 ans.

Quoique réel, le soulagement qui suivit fut loin d'être parfait. Quelques mois après, un autre médecin lui fit une trépanation du sinus frontal pour combattre de prétendues névralgies faciales. Et un an plus tard, on parla d'enlever un rein, opération que le Dr Marion jugea inutile. Plus tard, un autre chirurgien prétendit enlever des polypes vésicaux, opéra, mais si son intervention calma la dysurie, elle fut sans succès sur les autres douleurs.

En désespoir de cause, le 12 janvier 1919, elle était internée à Ste-Anne avec le certificat de Dagonet : « Dépression mélancolique, préoccupations hypocondriaques, crises d'hystérie, tremblements, troubles et tics, impulsions ». Sur la feuille de l'asile de Vaucluse,

où elle fut traitée jusqu'en mars 1919, on lit qu'elle se plaignait d'ataxie locomotrice.

Sa mère la retira de l'asile non guérie, et la confia à un médecin non spécialisé qui la traita par 2 ponctions lombaires destinées à « soulager le cervelet » avec extraction chaque fois d'un petit verre de liquide céphalorachidien. Il fit suivre la seconde d'une injection de sérum antiméningococcique et parla de recommencer. Mais l'intensité des céphalées post-opératoires força la malade à renoncer à la thérapeutique. Le thérapeute alors déclara que pour combattre ces crises convulsives et les crises « d'ataxie locomotrice » qui les suivaient, il fallait recourir à la morphine.

Depuis plus de 12 ans, l'administration de la morphine a été presque quotidienne. Elle fut parfois de 10 ou 16 centigrammes par jour. Ce sont des « piqûres contre le suicide » que je fais, expliquait le docteur au vicaire, car sans elles les douleurs pousseraient cette pauvre fille à se détruire.

Celle-ci, tout en se piquant, continuait à avoir des crises, à se tenir et à marcher de plus en plus mal. Elle se traînait sur des béquilles pour franchir les quelque cents mètres qui séparaient son domicile de l'église. Pendant des mois, il lui arrivait de rester clouée sur son fauteuil ou dans son lit par les douleurs. Néanmoins, elle continuait à faire des gilets, et à gagner de plus en plus misérablement sa vie. Sa mère mourut, il y a 6 ans. Elle en eut un vif chagrin. Heureusement, elle laissait quelques petites économies, et des œuvres de bienfaisance vinrent en aide à la pauvre fille, dont l'état s'aggrava. Depuis la mort de sa mère, elle gardait le lit, n'allant qu'exceptionnellement à l'église, lorsque des voisins étaient assez bons pour l'y porter. Le besoin des piqûres devint plus impérieux. Elle s'en faisait jusqu'à 16 par jour, lorsqu'on s'avisa de constater qu'elle était devenue morphinomane.

On la conduisit donc, en mars dernier, à l'Hôpital Henri-Rousselle, où le docteur Dupouy la désintoxiqua en quelques jours, suivant la méthode qu'il a décrite avec Delaville. Mais les crises convulsives et l'astasia abasie persistèrent. Elle fut évacuée sur la Salpêtrière, d'où on la transféra à Necker, enfin à Bichat, d'où elle fut expédiée à Ste-Anne le 14 avril 1934, avec le certificat suivant : « Présente des manifestations indiscutablement hystériques remarquables par leur intensité. Elle fait l'arc de cercle. Elle agite inlassablement la tête, elle se met dans des positions invraisemblables. Cet état dure depuis 30 ans. Il a amené à diverses reprises le placement de la malade en de multiples services. Il la rend absolument incapable de subvenir à ses besoins. Il paraît indiqué de l'admettre à l'hospice Sainte-Anne, d'où elle pourrait être dirigée en vue d'une admission définitive vers les établissements spécialisés de Perray-Vaucluse, par exemple. » — D^r BERNARD.

Elle arriva dans mon service le 20 avril. Elle présentait un syndrome d'hyperémotivité avec appréhensions hypochondriaques, cri-

ses convulsives hystériques et astasie abasie trépidante. Elle était complètement camptocorme, incapable de se tenir debout sans soutien, ni de faire un pas sur ses jambes flageolantes.

Le nombre des crises avec gesticulation désordonnée était de 4 à 5 par jour.

On ne relevait aucun signe physique, à part une hypoesthésie articulaire et cutanée. La réflexivité était normale. On notait du tremblement, mais aucune ataxie.

À l'heure actuelle, tous les troubles physiques et mentaux ont disparu. Cette femme se tient debout, marche, court, monte et descend les escaliers avec la rapidité, l'aisance et la souplesse d'une jeune fille. Chose qu'elle n'avait jamais osé faire, dans son enfance, sous la garde timorée de sa mère, elle fait la culbute, dans les prés, saute à la corde, joue à la marelle, etc.

Elle est une infirmière bénévole, aux forces infatigables, à la patience inlassable, se prodiguant auprès des malades les plus difficiles à soigner.

Depuis le 30 mai, elle n'a eu qu'une seule crise convulsive, dans la nuit du 27 au 28 juin, à la suite d'un violent orage éclaté au-dessus du pavillon où elle couche, crise qui n'a eu aucune conséquence.

Elle garde à son médecin une reconnaissance enthousiaste que partagent sa famille, ses amis et son confesseur. Celui-ci voit dans la guérison « gesta Dei per medicum ».

Le traitement a consisté, *au point de vue physique*, en une administration modérée de sédatifs (pilules de Méglin pendant les premiers jours), une administration plus soutenue des fortifiants (cacylate de soude, pancrinol), une surveillance constante de l'alimentation maintenue à un taux suffisant, car il y avait tendance à l'anorexie, une mécanothérapie pratiquée selon la méthode de Sollier jusqu'au seuil de la douleur, pour dissiper l'anesthésie.

Au point de vue physique, il consista en isolement et en rééducation des mouvements respiratoires et locomoteurs.

Les séances de mécanothérapie et de rééducation furent pendant 6 semaines bi-quotidiennes, chacune d'une durée d'une heure. C'est pour elles que me fut précieuse la collaboration de la malade guérie que j'ai présentée le mois dernier à la Société.

Les conclusions à tirer de cette observation sont les suivantes :

- 1° L'hystérie, dont on proclame si souvent la disparition, existe encore et, malgré la diffusion des travaux sur le pithiatisme, est méconnue par beaucoup de médecins.
- 2° S'il est vrai que l'habitude par sa ténacité mérite d'être comparée à une seconde nature, elle ne doit cependant pas être considérée comme invincible, puisque nous voyons disparaître

ici des attitudes vicieuses de la marche et de la station qui duraient depuis plus de 40 ans.

3° Le pithiatisme n'est pas l'unique facteur pathogénique de l'hystérie puisque, là où la suggestion pratiquée seule a échoué (échec du pèlerinage), a réussi la thérapeutique à la fois physique et psychique exercée par la combinaison des médicaments, des procédés psychothérapiques et de la mécanothérapie.

M. MARCHAND. — A propos de cette intéressante observation, voici le fait que je viens d'observer à ma consultation pour épileptiques à l'Hôpital Henri-Rousselle. Une jeune fille, épileptique depuis l'âge de 2 ans et demi, âgée actuellement de 30 ans, est atteinte, depuis deux ans, d'une claudication du membre inférieur droit qui ressemble à celle des sujets ayant une luxation de la hanche. Ce trouble de la marche est survenu à la suite de douleurs dans la hanche. Les examens chirurgicaux, radiographiques, neurologiques sont négatifs. Le traitement psychothérapique n'a aucun résultat. Persuadé qu'il s'agit d'une manifestation pithiatique, je l'envoie au docteur Tinel qui, en une seule séance de torpillage, fait disparaître la claudication. Le cas était particulièrement intéressant et délicat, car il s'agissait d'une épileptique avérée.

M. BRISSOT. — La malade était-elle agoraphobe ?

M. COURBON. — La marche était radicalement impossible sans soutien dans la rue ; mais pendant les 6 dernières années, elle l'était également à la maison où la malade ne se déplaçait qu'en rampant d'un meuble sur un autre.

M. GUIRAUD. — Ce n'était donc pas une paralytique véritable, d'où la facilité de sa cure.

M. René CHARPENTIER. — Ce qui nous est dit de l'éducation maternelle donne à penser que l'influence de celle-ci fut peut-être très importante dans la formation et la culture des phobies présentées par une malade hyperémotive.

M. COURBON. — Je n'ai pas dit qu'il s'agissait d'une paralysie, j'ai dit astasie abasie trépidante hystérique datant de plus de 40 ans. Et je crois, avec M. René Charpentier, que l'éducation de la mère eut un rôle étiologique énorme dans cet état.

Délire mélancolique consécutif à une émotion joyeuse,
par M. Paul COURBON.

L'erreur qui consiste à prendre pour cause d'un phénomène le phénomène qui l'a précédé a, pendant longtemps, constitué toute la science étiologique des psychiatres. A l'heure actuelle, il n'est pas encore exceptionnel de les voir être dupes du fameux sophisme : *post hoc ergo propter hoc* que dénonça la scolastique.

C'est donc avec toutes les réserves imposées par cette constatation que nous présentons cette femme qui se mit à délirer le jour même où elle fut mise en possession légale d'une bague de grande valeur trouvée par elle un an plus tôt dans la rue.

C'est la fille naturelle d'une ouvrière blanchisseuse luxembourgeoise dont nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires.

Elle n'a jamais été bien intelligente, n'a pas pu passer le certificat d'études, sait lire et très mal écrire, est presque sans instruction.

Elle a été apprentie doreuse et, en cette qualité, fit la connaissance d'un pauvre ouvrier doreur qui l'épousa, et dont elle eut un fils âgé de 20 ans et bien portant. Depuis son mariage, elle est femme de ménage et perçoit le prix des chaises dans un square.

Dès son enfance, elle souffrit d'angines et de migraines. Celles-ci, qui n'ont pas encore disparu, ont été prétextes à diverses opérations sur le nez qu'elle a gros et difforme. La première opération eut lieu quand elle avait 15 ans, la dernière en 1920.

A l'époque de la première opération, elle aurait été en butte aux taquineries des enfants de son âge, qui se moquaient des dimensions de son appendice nasal.

Toute sa vie, elle a été humble et timide, déclarent son mari et son fils, craignant surtout de mal faire, pleurant fréquemment pour des scrupules, fréquentant peu de monde, mais n'ayant jamais eu de discussions avec personne.

Elle était hantée par la peur de l'incendie, aurait voulu obtenir que l'on ne fumât pas à la maison, et interdisait rigoureusement le tabac dans la chambre à coucher. Au premier bombardement de Paris, alors que son mari était mobilisé, elle partit avec une rapidité qui amusa l'entourage, dans la Creuse, où elle resta 16 mois. Maintenant encore, quand il lui faut traverser la rue, elle attend que l'agent ou à son défaut que des passants la prennent par le bras pour la conduire sur la chaussée, tant elle est effrayée par les voitures.

Cet état d'appréhension perpétuelle ne l'incite guère à se promener. Aussi ne s'éloigne-t-elle guère de son quartier, où depuis son mariage elle s'efforce de trouver quelques ménages à faire, quelques locations

de chaises à percevoir dans les squares, cela à l'entière satisfaction des employeurs, qui apprécient son zèle et sa probité.

En octobre 1932, ayant trouvé dans la rue une bague de femme, elle la porta aussitôt au Commissariat de police, où on lui annonça qu'elle était de grande valeur, mais que si dans un an la propriétaire ne la réclamait pas, elle pourrait revenir la chercher pour la garder et en faire ce qu'elle voudrait.

Elle n'attacha pas d'importance à ces propos et continua de mener la même existence qu'auparavant. Cette existence ne fut changée que par la fermeture de la maison de dorure où travaillait son mari, qui, après quelques mois de chômage, se fit embaucher comme manœuvre. Cela diminua les gains du ménage, et augmenta ses soucis.

En novembre dernier, sur les instances du mari, elle alla demander des nouvelles de la bague. Celle-ci n'avait pas été réclamée. On la lui remit donc en la félicitant de cette aubaine, car on lui assura qu'elle était en or et en platine, avec deux brillants.

Elle revint à la maison, plus triste que joyeuse, trouvant anormale la possession d'une telle richesse par de pauvres hères comme elle. Elle ne dormit pas de la nuit. Et les jours suivants, elle les passait à faire des récits toujours plus embrouillés et contradictoires sur les commentaires avec lesquels on lui avait remis ce précieux bijou.

Le commissaire avait ajouté que le propriétaire gardait éternellement le droit de se faire connaître ; il avait fait comprendre que ce serait malhonnête de ne pas rendre son bien à celui qui l'a payé ; il fallait donc ne pas vendre la bague, etc., etc.

Pendant des semaines et des mois, elle entretenait les voisins et les patrons de son aventure, puis ressassait indéfiniment en famille les réflexions qu'ils lui faisaient. « Ils ne trouvaient pas bien cette prétendue loi sur les objets trouvés. Ils ne l'invoqueraient pas en leur faveur, eux », ne cessait-elle de répéter à son mari.

Progressivement, les interprétations devinrent délirantes. On la regardait de travers, on chuchotait sur son passage, on la traitait d'indélicate, puis franchement de voleuse.

Enfin, les hallucinations apparurent et elle déclara que la T.S.F. avait ordonné la restitution de la bague au légitime propriétaire qui venait de se faire connaître. Le mari alla donc s'enquérir au Commissariat, où on lui répondit que personne n'avait rien réclamé et que sa femme était légitimement et définitivement l'unique propriétaire.

Celle-ci ne fut pas apaisée. Quelques jours après, elle eut une syncope tandis qu'elle racontait pour la centième fois son histoire en faisant le ménage d'un patron. Ce dernier la ranima à l'aide d'un tampon d'éther et la renvoya chez elle. Mais elle, affolée, courut aussitôt à l'usine où travaillait son mari et le fit appeler d'urgence pour lui raconter que le patron avait essayé de l'endormir afin de lui faire avouer que la bague avait été volée et non trouvée par elle.

On se décida alors à la faire interner. Elle fut admise à Ste-Anne le 13 juin dernier, avec le certificat suivant : « Etat d'exaltation extrê-

me, avec idées de persécution, hallucinations auditives, anxiété. » — D^r DUVOIR. Le lendemain, le D^r SIMON signait le certificat de transfert : « Présente un état mélancolique, on la poursuit, on l'accuse de vol, elle est menacée de tous côtés, anxiété et insomnie. Peut être transférée. » Et le surlendemain, elle arrivait à Vaucluse.

Cet état d'anxiété et d'insomnie dura plus d'une semaine. La malade pleurait, cherchait à s'enfuir, s'entendant traitée de voleuse, protestant de son innocence, suppliant qu'on rendît la bague au Commissariat, plus une somme d'argent comme indemnité pour les mois pendant lesquels elle l'avait gardée.

Peu à peu, la thérapeutique sédative fit son effet. L'agitation disparut, le sommeil revint. La T.S.F. cessa d'abord de parler de la bague, ensuite elle proclama qu'elle venait d'être rendue à celui qui l'avait payée. La malade consentit enfin à admettre qu'il se pouvait bien que toutes ses craintes et toutes ses idées n'eussent été que des divagations folles.

Elle travaillait avec entrain à la buanderie, dormait bien, était joyeuse, semblait sur la voie d'une prompte guérison, lorsque l'annonce que je lui fis de vous la présenter a brusquement ramené l'inquiétude. Elle n'aura de tranquillité que lorsque cette bague ne sera plus chez elle. Elle est plus lente dans son ouvrage. Et il est à craindre une rechute du délire.

Cette observation pose une question qui, par ces temps de restauration de la loterie en France, offre un intérêt d'actualité. L'émotion causée par le gain soudain d'une fortune excessive est-elle capable de déterminer des troubles mentaux chez le gagnant ? Pourquoi ne pourrait-elle pas déclencher un accès comme ceux décrits par Tinel ?

La Fontaine, dans sa fable du savetier et du financier, nous a montré comment la richesse inattendue peut attrister celui qui ne l'a jamais connue. Mais l'expérience de son héros n'a pas été poursuivie assez longtemps pour savoir si elle eût abouti à la mélancolie.

Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'une débile mentale profonde qui arriva jusqu'à l'âge de 44 ans, sans avoir jamais déliré. Elle ne fut jamais internée, et gagna toujours sa vie. Mais elle fut souvent sur les confins du délire. Par sa conduite niaisement scrupuleuse et peureuse, par son physique même, elle fut toujours ridicule, et le départ est parfois (Courbon, *Revue de psychiatrie*, mai 1914) très difficile à faire entre le ridicule et la folie.

Chez un être au jugement aussi peu solide et de condition aussi misérable, il ne nous paraît pas impossible que l'émotion produite par la possession inattendue d'un signe extérieur de richesse aussi tapageur qu'un bijou de luxe ait pu jouer un rôle apprécia-

ble dans l'éclosion du délire. Elle lui a sûrement donné son thème qui date de l'instant même de l'émotion. Mais d'autres facteurs étiologiques importants, les soucis et les privations imposées par le chômage sont intervenus aussi dans le déterminisme.

Dans tous les cas analogues, l'émotion n'intervient que comme élément. Il y a toujours concours d'autres facteurs, étiologiques notamment de la prédisposition.

Au point de vue philosophique enfin, cette histoire d'une aubaine, événement réputé heureux, qui plonge son bénéficiaire dans la tristesse, prouve que la condition essentielle du bonheur siège dans l'individu lui-même. « Le grand secret du bonheur, dit avec raison Jules Janin, est d'être bien avec soi-même. »

La paralysie générale de l'enfant (Essai de classification).

Forme évolutive et forme massive. Présentation de deux malades, par MM. M. BRISSOT et J. DEVALLET.

Il semble que, selon la définition donnée par M. Marchand (Voir *Bibliographie*, 13), on puisse réserver le nom de paralysie générale *infantile* à « la méningo-encéphalite diffuse subaiguë survenant *avant* l'époque de la puberté », par opposition avec la paralysie générale *juvénile* dont la date d'apparition est plus tardive et qui se manifeste *après* la puberté.

Beaucoup d'auteurs qui se sont occupés de la question de la paralysie générale chez l'enfant et chez l'adolescent n'ont pas fait cette distinction et c'est pourquoi nous trouvons, dans la littérature médicale, depuis les premières publications de Régis en 1883, un assez grand nombre d'observations qui ne tiennent pas compte de la date d'apparition de la maladie.

Et pourtant, de nombreuses différences paraissent exister entre la paralysie générale de l'enfant et celle de l'adolescent. Si toutes deux ont des points communs caractérisés par une évolution strictement démentielle et l'absence à peu près constante de délire, on peut néanmoins les séparer et considérer que la paralysie générale survenant après l'époque de la puberté présente, à peu de chose près, le même tableau clinique, quant à l'évolution des symptômes, que la paralysie générale de l'adulte (1).

(1) Consulter à ce sujet : HUTINEL. — Les maladies des enfants. Art. paralysie générale infantile (Babonneix), tome V, page 100 et BABONNEIX, Les idées de grandeur dans la paralysie générale du jeune âge. *Rev. des mal. de l'enfance*, février 1906.

La bibliographie de la paralysie générale infantile n'est pas très considérable. A notre connaissance, il n'existe pas plus d'une quarantaine de cas vraiment originaux publiés depuis cinquante ans. Sur ce nombre, nous en avons réuni 23 que l'on trouvera à la fin de la présente communication. Nous n'en avons retenu en définitive que 16 dont l'étude est parfaite au point de vue clinique et qui nous permettent d'avoir une opinion précise sur les symptômes révélés par l'ensemble de ces observations.

Age. — L'époque d'apparition de la paralysie générale infantile est en moyenne de 9 à 10 ans ; les âges extrêmes sont vers 5 ans et 14 ans. Il faut pourtant tenir compte du fait que certains jeunes malades ont déjà présenté, dès leurs premières années et même dès les premiers mois, des manifestations nerveuses dues à l'hérédo-syphilis (*Bibl. 1 et 17*).

Début. — Le début par ictus dans la méningo-encéphalite du jeune âge est très rare. Nous ne l'avons relevé que trois fois chez les auteurs (*Bibl. 1, 7, 20*) ; ces ictus peuvent se répéter au cours de l'évolution de la maladie (*Bibl. 1*).

Délire. — Le délire des jeunes paralytiques généraux est exceptionnel. Il existe une fois ou deux au plus dans les observations qui ont été publiées. Dupré et Fouque (*Bibl. 4*) ont rapporté le cas intéressant d'un enfant de 12 ans qui présentait un délire hypocondriaque, ainsi que des idées d'autoaccusation et de négation.

Marche et évolution de la paralysie générale chez l'enfant. — De l'étude des différents cas de méningo-encéphalite infantile dont nous avons fait la discrimination au point de vue clinique, il semble résulter que la paralysie générale de l'enfant évolue selon deux types tout à fait distincts :

1) Il existe, en premier lieu, une forme de démence globale rapide pour laquelle nous proposons le nom de *forme massive* dans laquelle l'affaiblissement intellectuel apparaît de façon tout à fait précoce et aboutit en peu de temps à la démence complète. C'est le type qui a été si bien décrit par MM. Toulouse et Marchand dans 3 observations (*Bibl. 12, 13, 22*). Il s'agit dans ces cas d'une véritable *idiotie acquise* ou tout au moins d'une imbécillité profonde, et il est assez difficile de faire le diagnostic entre la paralysie générale et les états d'arriération mentale, si l'on ignore les commémoratifs et si l'on ne recherche pas avec soin les signes physiques.

Cette forme de « démence massive » évolue selon deux types assez distincts : parfois, l'évolution des symptômes entraîne la mort à brève échéance (*Bibl. 7, 13, 18, 19*) ; d'autres fois — et

cette constatation semble le cas le plus fréquent — la marche de l'affection traîne en longueur et les malades ne succombent qu'au bout de 5 ou 6 ans et même davantage (*Bibl. 4, 5, 6, 12, 15, 22*).

2) A côté de ce type de démence globale à constitution rapide, il existe une forme tout à fait différente à *évolution dementielle* lente et progressive que l'on rencontre beaucoup moins fréquemment (*Bibl. 3, 17, 20, 21, 23*).

Cette variété de paralysie générale débute parfois par un ictus. Celui-ci apparaît également au cours de la maladie, et il revêt la forme soit apoplectiforme, soit plutôt épileptiforme, laissant après lui des séquelles de paralysie des membres, le plus souvent transitoires. Chez certains malades, l'évolution des symptômes se fait en deux temps et il existerait une *phase prépubérale* d'affaiblissement léger et une *phase post-pubérale* avec régression assez rapide (*Bibl. 21, 23*).

C'est, en somme, l'évolution de la paralysie générale à type dementiel chez l'adulte. Dans cette variété, le syndrome paralytique physique est très accusé : le langage est réduit le plus souvent à un bredouillement incompréhensible, l'anisocorie est très marquée, les réflexes tendineux présentent une très forte exagération. Les modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien sont celles que l'on rencontre chez l'adulte.

Dans les deux formes, type « démence globale rapide » et type à « évolution dementielle lente », les caractères sexuels secondaires de l'enfant apparaissent tardivement ou même pas du tout.

3) Il semble que, à côté de la forme *évolutive* et présentant de nombreuses analogies avec elle, il y ait place pour un type à part que nous avons pu individualiser et dont l'un de nous a déjà rapporté une observation à la Société médico-psychologique en juin 1914 (*Bibl. 1*). C'est la variété que nous appellerons *lacunaire à évolution lente et progressive*, caractérisée par l'atteinte *élective* de la mémoire et de l'attention et la conservation relative des fonctions logiques. De plus, cette forme est entrecoupée d'ictus qui ne laissent après eux que peu de séquelles ; l'état général se maintient excellent pendant de longues années, l'enfant grandit et — fait extrêmement curieux — sa puberté n'est nullement entravée : elle apparaît même parfois d'une façon précoce. Le naufrage intellectuel final ne semble se faire qu'à longue échéance. En outre, sous l'influence du traitement, on peut assister à une stabilisation et même à une véritable rémission des symptômes de la méningo-encéphalite.

Nous vous présenterons maintenant deux jeunes paralytiques généraux : le premier répond à ce type lacunaire que nous

venons de décrire et c'est, des deux petits malades, de beaucoup le plus intéressant. Le second est une illustration de la forme de démence globale, massive, à évolution lente ; son intérêt ne réside que dans le contraste qu'il offre avec le précédent et aussi dans les caractères tirés de l'examen de son liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION I. — M..., Jean, âgé de 14 ans et demi, est entré à la Colonie de Vaucluse en mars 1933 pour affaiblissement démentiel avec turbulence.

Antécédents héréditaires : Le père est syphilitique et n'a jamais été soigné avant la naissance de son fils. La mère, dont le Wassermann a toujours été négatif, n'a jamais été traitée. Elle a eu, par la suite, trois jumeaux dont il reste une fillette de 3 ans 1/2.

Antécédents personnels : L'enfant est né à terme, il a marché et parlé de bonne heure ; il n'a jamais eu de convulsions. Pemphygus à la naissance.

Histoire de la maladie. Le jeune M... semble avoir été jusqu'à 10 ans un élève moyen, un peu nonchalant. On le traitait assez intensément (Sulfarsénol, Acétylarsan, Sirop de Gibert, Quimby) et son développement physique et intellectuel suivait une marche quasi normale.

A 10 ans, il est devenu un peu plus indolent et taciturne ; à 12 ans, sa mémoire s'est brusquement affaiblie : il se perdait en faisant des commissions et se mettait à pleurer pour un rien. On dut le retirer de l'école, et on lui fit une série d'Acétylarsan.

Un jour du mois de mars 1932, à 12 ans par conséquent, il se plaint brusquement du mal de tête, vomit, s'affaisse et reste paralysé des deux jambes. Cet accident, qui a toutes les apparences d'un ictus, le fait envoyer à l'hôpital Bretonneau, où il reste 15 jours. Il en sort guéri de sa paralysie, mais son infériorité intellectuelle devenant de plus en plus manifeste, on se décide à le mener en consultation, puis à l'hospitaliser à St-Louis, dans le service du Dr Babonneix.

En juin 1932, il est présenté par MM. Babonneix et Gilbert-Robin à la Société de Pédiatrie, avec les signes suivants : Argyll-Robertson à droite ; grosses modifications du liquide céphalo-rachidien : lymphe., 24,6 au Nageotte ; Albumine, 0,60 ; Wassermann positif ; Bordet-Wassermann positif dans le sang. Hyper-réflexivité tendineuse ; agénésie testiculaire. Attention faible ; retard scolaire de 3 ans sans état démentiel proprement dit ; autocritique conservée.

A St-Louis, on lui fait des injections de Sulfarsénol et on le fait impaluder à Ste-Anne, sans qu'une amélioration bien marquée se produise. De gros troubles de la parole apparaissent vers la fin de l'année 1932. Il devient turbulent et impulsif. On l'envoie à l'Asile Clinique et il arrive à la Colonie d'enfants anormaux de l'Asile de Vaucluse le 30 mars 1933.

Examen de mars 1933. C'est un gros enfant au faciès bouffi, atone,

inexpressif. Les paupières retombent légèrement et l'enfant rejette la tête en arrière pour vous regarder.

Les signes somatiques sont : hyper-réflexivité tendineuse ; tremblement des lèvres et mouvements vermiculaires de la langue ; marche hésitante ; balancement du corps ; troubles du langage très prononcés ; dysarthrie aux mots d'épreuve et bredouillement continu dans la conversation. Inégalité pupillaire au profit de la pupille droite ; signe d'Argyll-Robertson bilatéral.

L'examen psychique nous montre un enfant bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il donne sur son enfance des renseignements exacts. Cependant l'affaiblissement de la mémoire est très prononcé : de ce qu'il a appris à l'école, il ne sait que quelques noms de géographie et il conserve certaines notions de calcul. Il peut lire. Il écrit mal, sans agraphie proprement dite. Bref, il a l'instruction d'un enfant de 7 à 8 ans.

L'intelligence, étudiée d'après l'échelle métrique de Binet et Simon, est celle d'un enfant de 10 ans. Il y a un déficit de 3 années, mais il s'agit d'un déficit lacunaire ; l'enfant garde un certain sens critique vis-à-vis des autres et de sa propre situation.

Attention faible. Pas d'idées délirantes. Euphorie, sourire béat ; contentement. Turbulence, excitation psychique, logorrhée.

Evolution. Depuis son entrée dans le service, le malade a reçu deux séries de Stovarsol sodique associé au gardénal. La première série était de 11 gr. 25. La deuxième série a pu être continuée jusqu'à 21 gr. 50.

Le traitement ne semble pas avoir enrayé complètement l'évolution de la paralysie générale chez ce malade, et, le 12 mai dernier, il a fait un *nouvel ictus* avec perte de connaissance, secousses épileptiformes localisées à la face et hémiplégie gauche ayant disparu en 5 jours sans laisser de traces. Un examen général pratiqué à ce moment nous renseigne sur son état actuel.

Etat actuel. L'enfant paraît grandi ; il se développe normalement ; des signes de puberté apparaissent : les testicules sont normaux et le système pileux se développe. L'enfant est gras et florissant.

L'examen physique donne les signes suivants : hyper-réflexivité accrue, ébauche de clonus ; pas de Babinski ; tremblement de la langue et des lèvres ; gros troubles de la parole ; écriture passable (mots et lettres omis) ; signes oculaires persistants.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Tension : légère hypotension. Albumine : 0,40. Globuline : Pandy et Weichbrodt positifs. Formule leucocytaire : 8,8 lympho. Réaction du benjoin : 22222.12222.00000. Bordet-Wassermann positif. Meinicke négatif. Examen du sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs.

Examen psychique. L'enfant présente un peu d'excitation ; il donne des réponses abondantes, parle seul. Physionomie atone et béate. Satisfaction.

L'intelligence a baissé de 18 mois en un an, et le malade, actuellement âgé de 14 ans 1/2, a le niveau d'un enfant de 8 ans 1/2. Le caractère lacunaire de ce déficit s'est encore accentué. Par exemple, alors qu'il ne peut faire trois commissions de suite sans se tromper, il critique d'une façon pertinente les phrases absurdes qui figurent dans les tests Binet-Simon ; ce qui prouve que le fonctionnement de ses facultés logiques se fait encore assez correctement, tandis que ses facultés d'attention et sa mémoire sont très atteintes.

En résumé, il s'agit d'une paralysie générale infantile par hérédo-syphilis évoluant depuis 4 ans 1/2 chez un garçon âgé de 14 ans. Ses caractères essentiels sont les suivants : importance des signes somatiques (deux ictus) et des troubles du langage. Au point de vue psychique : caractère lacunaire des troubles de l'intelligence avec régression lente de cette dernière. Remarquons encore l'euphorie légère et enfin l'évolution très lente de la maladie. C'est, en somme, l'évolution d'une forme *strictement démentielle de l'adulte* à progression peu rapide, et avec conservation d'un état physique florissant, *la puberté n'ayant pas été entravée*.

OBSERVATION II. — Tout autre est le petit malade dont nous allons maintenant vous rapporter l'histoire. Le jeune R... Jean-Henri est entré dans le service en août 1931, à l'âge de 10 ans 1/2, pour affaiblissement intellectuel profond avec turbulence.

Antécédents héréditaires : Son père, syphilitique et alcoolique, n'a jamais été soigné. Sa mère a fait deux accouchements prématurés à 8 mois (enfants mort-nés).

Histoire de la maladie. Le jeune R... s'est développé normalement jusqu'à l'âge de 9 ans. Il allait à l'école où il avait appris à lire et à écrire. Il faisait les quatre opérations d'arithmétique. A 9 ans : arrêt du développement intellectuel, puis régression rapide. On le conduit, en juillet 1931, à l'Hôpital des Enfants Malades (service du D^r Hallé), où les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien sont trouvées positives. On le traite par l'hectargyre et le stovarsol. Puis, l'enfant devenant coléreux et violent, est transféré à l'Asile Clinique, et, de là, à la Colonie de Vaucluse. En résumé, l'effondrement intellectuel a été constitué en une année.

L'examen de septembre 1931 donne les résultats suivants : inégalité pupillaires, Argyll bilatéral, hyper-réflexivité tendineuse, énormes troubles de la parole qui est presque incompréhensible, cris, pleurs, turbulence, gâtisme.

Au point de vue psychique, affaiblissement en masse des facultés intellectuelles : *niveau de 4 ans 1/2*. Bref, les antécédents du malade et quelques signes somatiques mis à part, c'est le tableau de l'imbécillité profonde.

Examen du liquide céphalo-rachidien (D^r Tusques, mai 1932) : absence de lymphocytose ; albumine : 0,30.

Evolution. Malgré plusieurs séries de stovarsol, l'enfant a continué à sombrer dans la démence la plus complète.

Actuellement, c'est un garçon de 13 ans 1/2 qui présente un syndrome d'*idiotie acquise*. Son niveau mental le classe *au-dessous d'un enfant de 3 ans*. Il arrive à dire son nom et celui des personnes qu'il a l'habitude de voir autour de lui ; le reste de son langage n'est qu'un bredouillement inintelligible. Les signes physiques sont les mêmes qu'à l'entrée. On remarque l'expression niaise et la bouffissure du visage ; *il y a eu arrêt complet de la puberté* (infantilisme des organes génitaux). Cependant l'état somatique est bien meilleur qu'au moment de l'admission (août 1931) et l'enfant ne gâte plus.

Examen du liquide céphalo-rachidien. *Tension* : assez forte hypotension. *Albumine* : 0,16. *Globuline* : Pandy et Weichbrodt négatifs. *Formule leucocytaire* : 0,4. *Réaction du benjoin* : 00000.00100.00000. *Bordet-Wassermann et Meinicke* négatifs. *Examen du sang* : Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatifs, réactions de Kahn douteuse.

Un fait que nous devons mettre en lumière, c'est l'amélioration considérable de l'état physique chez ces deux malades, liée, semble-t-il, à la régression chez le premier, à la disparition, chez le second, des signes humoraux pathologiques antérieurs.

Nous constatons, en effet, que le jeune M... présente, en juin 1932, une formule lymphocytaire importante (24,6) qui s'atténue considérablement deux années plus tard (8,8) ; dans le même temps, l'hyperalbuminose passe de 0,60 à 0,40. Nous avons noté, d'autre part, l'apparition normale de la puberté et des caractères sexuels secondaires qui s'accompagne d'un état somatique florissant.

Même constatation, encore plus nette, chez l'enfant R... ; celui-ci présente, au moment de son entrée dans le service, des réactions sanguines et liquidiennes *positives*. L'année suivante, absence de lymphocytose et le taux d'albumine du liquide céphalo-rachidien tombe à 0,30. Enfin, l'examen de juin 1934 décèle une *hypoalbuminose* (0,16) et une réaction cytologique à peu près nulle (0,4). Toutes les réactions humérales (sang et liquide céphalo-rachidien) sont négatives. Une *seule* (sang) est douteuse. Pendant la même période également, l'état général se relève : l'enfant qui, au début, semblait dans le gâtisme et la déchéance organique, est devenu propre et s'alimente régulièrement avec profit.

A quoi attribuer ce relèvement de l'état physique qui coïncide avec la réduction des symptômes humoraux ? A l'influence heu-

FORME ÉVOLUTIVE
(Type paralysie générale de l'adulte)

Beaucoup plus *rare* que la forme massive.

Début souvent par ictus.

Affaiblissement intellectuel *lent et progressif*, avec parfois évolution en deux temps.

Conservation relative des notions scolaires.

Apparition ou accentuation tardives des caractères sexuels secondaires (*puberté*).

Importance du syndrome physique.

Etat démentiel peu influencé par le traitement.

Etat somatique amélioré par le traitement.

Marche lente et progressive.

Évolution en plusieurs années.

Variété lacunaire

Début très fréquent par ictus.

Affaiblissement *électif* des facultés intellectuelles (mémoire, attention).

Moindre conservation des notions scolaires, mais atteinte tardive des fonctions logiques.

Développement physique *continu*.

Apparition *normale* des caractères sexuels secondaires (*puberté*).

Stabilisation ou rémission possibles de l'état démentiel sous l'influence du traitement.

Évolution *très* lente.

FORME MASSIVE
(Type idiotie acquise)

La plus *fréquente*.

Période de début très *courte* sans ictus.

Affaiblissement *rapide et global* de l'intelligence. Aspect clinique de l'idiotie.

Perte des notions scolaires.

Absence ou arrêt du développement des caractères sexuels secondaires (*pas de puberté*).

Syndrome paralytique moins accentué.

Aucune influence du traitement sur la démence.

Etat somatique amélioré par le traitement.

Évolution en 2 types :

Type *lent* (plus de 3 ans) très fréquent.

Type *accéléré* (moins de 3 ans).

reuse, croyons-nous, du traitement intensif qu'ont subi ces malades depuis plusieurs années (Sulfarsénol, acétylarsan, Quimby, hectargyre, etc...) et principalement à l'action du Stovarsol.

Il apparaît donc que, *de ce côté*, la thérapeutique arsénicale *seule* est plus efficace dans la paralysie générale infantile que dans la méningo-encéphalite de l'adulte. Par contre, il y a discordance absolue entre les signes humoraux et les signes cliniques : si les premiers subissent une réduction évidente, les seconds n'offrent aucune amélioration parallèle et la démence persiste. C'est ce qu'on observe, d'ailleurs, chez l'adulte, mais en *sens inverse* : la plupart des paralytiques généraux améliorés du point de vue intellectuel ou même guéris, continuent à présenter des réactions humérales pathologiques.

On doit cependant considérer que la forme *évolutive lacunaire* de la méningo-encéphalite chez l'enfant réagit mieux au traitement arsénical et surtout stovarsolique que la forme *masive* : le jeune M... peut, jusqu'à un certain point et malgré un ictus récent, être regardé comme stabilisé dans son état mental, tant est lente chez lui la dégradation de son psychisme.

Nous résumons, dans le tableau ci-contre, les caractères cliniques principaux de la paralysie générale infantile.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRISSOT. — Un cas de paralysie générale infantile. *Annales Médico-Psychologiques*, juin 1914.
2. CARR (J.-Walter). — Un cas de paralysie générale infantile. *Section for the study of disease in children*, 26 mai 1916 ; *Rev. Neurol.*, 1919, p. 174.
3. DEES. — Contribution à la pathologie de la démence paralytique. *Psychiatriche Wochenschrift*, 19 août 1899.
4. DUPRÉ et FOUQUE. — Paralysie générale infantile. *Société de Psychiatrie*, 16 mars 1911.
5. DUPRÉ et Mme THUILLIER-LANDRY. — Un cas de paralysie générale infantile. *Société de Neurologie*, février 1917.
6. GAUTIER (Claude). — Un cas de paralysie générale infantile avec hérédité maternelle tabétique. *Société de Psychiatrie*, 16 juin 1910.
7. HAMEL et MERLAND. — A propos d'un cas de paralysie générale infantile. *Ann. Méd.-Psych.*, mai 1922.
8. HOCHSINGER. — Paralysie générale infantile chez un enfant hérédosyphilitique. *Wiener Dermatologische Gesellschaft*, 8 mars 1899.
9. KRON (L.-M.). — Un cas de paralysie générale infantile. *Journal de neuro-pathologie et de psychiatrie*, livre 2, 1913 ; *Rev. Neurol.*, 1914-1915, p. 195.
10. LONG-LANDRY (Mme). — Une famille d'hérédosyphilitiques ; paralysie générale juvénile. *Société de Neurologie*, 3 mars 1921.

11. LUBOUCHINE (A. L.). — Un cas de paralysie générale infantile. *Revue russe de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, décembre 1910.
12. MARCHAND. — Paralysie générale infantile. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, juin 1909.
13. MARCHAND et NOUET. — Paralysie générale infantile chez un imbécile épileptique. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 janvier 1908.
14. MARIE (Aug.). — Hérédo-syphilis et paralysie générale infantile. *Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, n° 3, 11 mars 1926.
15. MARIE (Aug.) et HERVY. — Trois cas de paralysie générale juvénile. *Soc. de Psychiatrie*, 15 mars 1928.
16. MILIAN. — Paralysie générale infantile. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 18 octobre 1912.
17. MULLER (O.). — Un cas de paralysie progressive chez la mère et chez l'enfant. *Allg. Zeits. F. Psychiatrie*, 2 juin 1898.
18. PIANETTA (Césaire). — Note sur un cas de paralysie générale préjuvénile. *Rivista italiana di Neuropath. psychiatr. ed elléttrotérapia*, juillet 1910.
19. PRINCE (A.). — Paralysie générale infantile gommeuse chez un hérédosyphilitique. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, juin 1914.
20. RÉGIS. — Syphilis et paralysie générale. Deux nouveaux cas de paralysie générale infantile avec syphilis héréditaire. *Mercredi Médical*, 22 mai 1895.
21. SCHIFF et COURTOIS. — Sur l'évolution psychique en deux temps de la paralysie générale héréditaire. *Soc. de Psychiatrie*, février 1928.
22. TOULOUSE et MARCHAND. — Paralysie générale infantile ayant simulé l'idiotie. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, juin 1899.
23. VOISIN (G. et R.) et RENDU. — Hypothermie prolongée à la période terminale d'une paralysie générale infantile. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 27 juillet 1906, p. 905.

M. MARCHAND. — Je remercie M. Brissot de s'être rallié aux remarques déjà anciennes que nous avons faites, M. Toulouse et moi, sur le sens à réserver au terme *démence*. Pour ne pas confondre les états d'affaiblissement intellectuel infantile prenant l'aspect de l'idiotie ou de l'imbécillité, nous avons proposé d'appeler *démence* les états d'affaiblissement intellectuel survenus après la puberté et idiotie acquise ceux survenus avant cette période chez des enfants qui ont été intelligents.

Le diagnostic de la paralysie générale infantile ne présente pas de difficulté quand cette affection apparaît chez un enfant jusqu'alors normal. Il n'en est plus de même quand la méningo-encéphalite survient soit chez un arriéré déjà classé comme idiot ou imbécile, soit chez un enfant épileptique depuis plusieurs années, soit chez un pervers. Nous en avons rapporté plusieurs exemples. On peut alors se demander si ce n'est pas la même

affection relevant de la syphilis héréditaire qui s'est ainsi manifestée cliniquement sous des apparences aussi diverses.

M. GUIRAUD. — Il ne faut pas opposer les enfants aux adultes pour l'efficacité du traitement. Chez ceux-ci comme chez ceux-là, on obtient, par la malariathérapie, les mêmes améliorations de la formule du liquide céphalo-rachidien.

M. COURBON. — Je ne vois aucun avantage à employer la désignation idiotie acquise plutôt que celle de démence pour les affaiblissements intellectuels survenus avant la puberté quand il s'agit d'un syndrome qui ne ressemble en rien à l'idiotie et qui rappelle en tout, au contraire, la déchéance de l'adulte. J'ai vu un enfant de 8 ans qui, après avoir été jusque-là le premier de sa classe en toutes les matières, perdit la mémoire et manifesta des idées de grandeur puériles : il avait des millions de gâteaux, des milliards de chevaux de bois qu'il distribuait à tous ses camarades, etc., de la dysarthrie, un argyll Robertson. Cet état ne rappelait en rien l'idiotie.

M. BRISSOT. — M. Marchand vient de faire remarquer avec juste raison que l'évolution de la paralysie générale chez certains enfants est parfois précédée d'un stade de débilité mentale d'arriération profonde ou même d'épilepsie convulsive. Le diagnostic du début de la méningo-encéphalite est évidemment difficile dans ces cas. Il n'en est pas de même chez nos deux malades qui ont fréquenté l'école d'une façon normale et qui n'ont jamais présenté de tares intellectuelles congénitales.

A M. Guiraud, je répondrai que la réduction ou la disparition totale des signes humoraux accompagnée d'une véritable efflorescence de l'état général avec apparition, dans un cas, des symptômes de la puberté, ne constitue pas un fait si banal qu'il ne doive être mentionné.

M. Courbon s'est plaint du terme d'« *idiotie acquise* » employé pour caractériser la forme *massive* infantile de la paralysie générale. Cette dénomination qui, du point de vue grammatical — c'est un barbarisme — est évidemment fausse, ne représente qu'une simple image destinée à rapprocher deux états cliniques *apparemment* semblables, mais très différents quant à leur origine.

Paralysie générale avec réactions humorales négatives,
par MM. L. MARCHAND, R. MICOUD et J. TUSQUES.

Les observations de paralysie générale sans réactions du liquide céphalo-rachidien et du sang sont très rares. Certains cliniciens n'admettent pas que le fait puisse exister et, pour eux, il s'agit d'erreurs de diagnostic. Cependant, Anglade a rapporté l'observation de trois paralytiques généraux qui ne présentaient pas de signes humoraux et chez lesquels l'examen anatomique confirma le diagnostic. Le professeur Claude a également observé une dizaine de paralytiques généraux avec réactions négatives du liquide céphalo-rachidien ou avec simplement une légère albuminose. Dans la statistique de Fritsche, 11 fois sur 187 cas, soit dans 5,8 % des cas, sang et liquide sont négatifs. Dattner arrive à la proportion de 6 à 12 %, Saethre trouve 4 cas sur 127, soit 3,1 %. D'après nos recherches, nous n'arrivons pas à des moyennes aussi élevées, car nous ne retenons que les cas dans lesquels les réactions sanguines et rachidiennes sont restées négatives pendant toute la durée de la maladie. Notre moyenne est seulement de 1 cas sur 200.

Nous présentons d'abord ce malade syphilitique qui paraît atteint de paralysie générale et chez lequel les réactions du sang et du liquide rachidien sont négatives.

M..., âgé de 35 ans, convoyeur, entre à l'Asile Ste-Anne le 17 mai 1934. Sa femme et son frère nous donnent les renseignements suivants :

Il y a 6 ans, au cours de son travail, M., jusqu'alors bien portant, présenta un ictus épileptiforme : perte brusque de connaissance et chute en arrière, écume aux lèvres, convulsions suivies de rigidité. Durée : une demi-heure. Pas de paralysie consécutive. Il obtint 8 jours de repos et reprit ses occupations.

Nouvelle crise épileptiforme un an plus tard avec émission d'urines. Un médecin ordonna du gardénal qu'il prit régulièrement. Il eut encore, dans la suite, deux nouvelles crises semblables et quelques absences.

Depuis 18 mois, ses proches ont remarqué que par intermittences, il parlait difficilement et que sa mémoire s'affaiblissait. Son caractère s'est modifié. M. est en chômage depuis 2 ans. Il aurait fait quelques excès éthyliques.

M... est pupille de l'Assistance publique, il n'a pas connu ses parents. Il est marié et a deux enfants, une fille de 10 ans bien portante et un fils de 8 ans très nerveux. Sa femme n'a pas fait de fausse-couche.

Le 3 mai dernier, sa femme le laissa seul quelques instants. En rentrant, elle le retrouva l'air hébété, avec des brûlures sur les avant-bras. Le malade fut incapable d'expliquer ce qui s'était passé. Sa femme pense qu'il a eu un étourdissement et qu'il est tombé sur la

cuisinière. En raison de la gravité de ses brûlures, il fut hospitalisé le lendemain à l'Hôpital St-Antoine. Il fut transféré le 17 mai à l'Asile Ste-Anne, avec le certificat suivant : « Troubles cérébraux, état déméntiel, agitation, désordre des actes, confusion, dysarthrie. Présente des brûlures des deux avant-bras ayant donné lieu à de l'hyperthermie actuellement disparue. Deux ponctions lombaires ont montré un liquide céphalo-rachidien normal, avec Bordet-Wassermann négatif. »

A l'entrée, M... est désorienté dans le temps et dans l'espace. Toutes ses réponses relatives au jour, au mois, à l'année actuelle sont fausses. Il ne sait où il est. De son séjour à l'Hôpital St-Antoine, il n'a gardé qu'un vague souvenir et il écrit qu'il a dû aller à Bretonneau.

Il ne se croit pas malade, il estime même qu'il est dans un excellent état de santé ; il est apte à reprendre n'importe quel travail. Il se sent très fort. Il considère en souriant les brûlures étendues de ses avant-bras, dont il ne souffre pas, dit-il. On lui fait remarquer qu'il est ici dans un asile d'aliénés et il ne s'en étonne pas ; il déclare que ça lui est égal de rester ici. Il n'a pas de projet, pas de désir, il ne manifeste aucun regret.

L'activité intellectuelle est réduite ; il n'est pas au courant des événements récents : le Président de la République est M. Millerand ; il ne sait pas qui est président du Conseil.

Les sentiments affectifs sont très affaiblis.

Pas de délire, pas d'hallucinations.

Au point de vue neurologique : pupilles inégales, ovalaires, ne réagissant pas à la lumière. Rotuliens vifs et spasmodiques. Contractions fibrillaires des muscles péri-buccaux, surtout marquées pendant la parole.

Ataxie des membres supérieurs. Tremblement des doigts et de la langue avec mouvements de trombone.

Démarche titubante, légère incoordination des mouvements des membres inférieurs.

La parole est lente, nasonnée, tremblée.

L'écriture est tremblée, irrégulière, les lettres sont tracées une par une sans liaison.

Le faciès est sans expression, atone.

Examen du liquide céphalo-rachidien pratiqué le 29 mai 1934 : Albumine : 0,15. Pandy = 0. Weichbrodt : 0. Leuco : 0,4. Benjoin : 00000.02220.00000. Réactions de Bordet-Wassermann et Meinicke négatives.

Examen du sang pratiqué le 2 juin 1934 : réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn négatives.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Le fond d'œil est normal.

M... nous dit qu'il a contracté la syphilis à 17 ans ; il s'est fait soigner d'abord par un pharmacien, et comme le « petit bouton » qu'il avait sur la verge disparut assez rapidement, il ne suivit plus aucun traitement.

Depuis son entrée, l'état de ce malade s'est légèrement modifié, surtout au point de vue physique ; les brûlures sont en bonne voie de guérison. Traitement au Stovarsol.

En présence de cet ensemble syndromique, nous ne voyons pas quel autre diagnostic que celui de paralysie générale pourrait être posé. Le tableau clinique est au complet. Et cependant, les réactions humérales, recherchées à trois reprises différentes, ont été, toutes, négatives. Nous éliminons les diagnostics d'alcoolisme chronique, de tumeur cérébrale, d'artériopathie cérébrale, d'épilepsie dite idiopathique.

Il nous manque ici le contrôle anatomo-pathologique. Dans l'observation suivante, l'observation clinique a été complétée par l'examen *post-mortem*, qui n'a fait que confirmer le diagnostic.

D..., célibataire, âgé de 40 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 27 juin 1929.

Depuis quelques jours, il se livrait à des dépenses inconsidérées. Il avait pris la veille un taxi sans argent et il a été conduit chez le commissaire, qui l'a fait hospitaliser.

Comme renseignements, nous apprenons qu'il y a deux mois, il a été à Cochín, où le Dr Pinard lui a fait des injections intra-rachidiennes.

D... a contracté la syphilis à 29 ans en Orient et il n'a pas suivi de traitement sérieux.

A son entrée, on constate un état d'excitation psycho-motrice avec affaiblissement intellectuel. Erreurs sur les dates et les faits importants. Propos mégalomaniques. Il a été arrêté par le Commissaire de police parce qu'il n'avait pas voulu payer des impôts qu'il ne devait pas (en réalité filouterie de taxi). Si Rockefeller est roi du pétrole, il est roi de l'or. Il a des châteaux, des autos. Il est marié depuis trois mois et il a six enfants superbes. Sa femme en a trois à chaque accouchement.

Dysarthrie prononcée ; achoppement.

Tremblement des extrémités et de la langue.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation, la pupille gauche est irrégulière.

Les réflexes tendineux sont vifs.

La ponction lombaire pratiquée le 28 juin donne les résultats suivants : Tension : 42. Albumine : 0,28. Pandy : trace. Weichbrodt : trace. Leuco : 2,4. Benjoin : 11100.02222.10000. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives.

A l'examen du sang, fait le 29 juin, la réaction de Bordet-Wassermann est négative, celle de Meinicke partiellement positive.

Le malade est interné à l'Asile Ste-Anne le 1^{er} juillet 1929. Le certi-

ficat de 24 heures porte : « Paralyse générale. » — Signé : Dr MARIE.

On constate les mêmes idées de richesse, mobiles, absurdes et incohérentes, qui ont été signalées plus haut : Il vend en Amérique, au Maroc, à St-Ouen. Il gagne plusieurs millions par an et ne connaît pas le chiffre de sa fortune. Il a supprimé les pauvres et il va donner aux malades poulet, champagne, café, pousse-café et cigares. Il a 3.000 femmes. Il est actionnaire de la Civette. Toutes les compagnies de chemin de fer lui appartiennent.

Mêmes troubles neurologiques que ceux décrits antérieurement.

Une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 4 juillet 1929, donne encore des résultats négatifs : Albumine : 0,37. Pandy et Weichbrodt : traces. Leuco : 2,9. Benjoin : 00000.00000.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont également négatives dans le sang.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Affaiblissement intellectuel avec idées absurdes de grandeur (type paralysie générale). Pas d'inertie pupillaire. Dysarthrie peu appréciable. Examens humoraux négatifs. » — Signé : Dr LEROY.

Dans le dossier du sujet, nous relevons qu'une nouvelle ponction lombaire, faite le 12 novembre 1930, a donné les résultats suivants : Albumine : 0,30. Pandy et Weichbrodt : 0. Leuco : 2,5. Benjoin : 00000.12010.00000. Réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives, ainsi que dans le sang.

Il ne semble pas que D... ait été soumis à quelque traitement.

L'un de nous examine pour la première fois ce malade le 18 mai 1931. Il est en état de mal épileptiforme depuis 2 jours : convulsions cloniques intéressant les membres du côté droit. La moindre tentative d'examen exagère les convulsions. Traitement : injection intraveineuse de gardénal sodique.

Le 2 mai 1931, disparition des convulsions. Le malade est calme. Etat démentiel complet. Mutisme absolu. On ne peut lui faire exécuter aucun ordre.

Atrophie musculaire généralisée. Les membres du côté droit sont contracturés. Les jambes restent demi-fléchies. Les réflexes tendineux sont vifs à gauche. A droite, les rotuliens sont abolis. Réflexe cutané plantaire en flexion des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde ni de clonus de la rotule. Une prise de sang donne comme résultat : Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

D'après les renseignements donnés par les infirmiers, ce malade est alité depuis six mois. Il ne pouvait plus marcher qu'avec difficulté. Gâtisme complet. Jusqu'à ces derniers jours, il prononçait encore quelques mots stéréotypés, mais était incapable de répondre aux questions.

Décès le 2 juin 1931.

Autopsie. Examen macroscopique. Encéphale : Pie-mère adhérente

et laiteuse. Ventricules très dilatés. Léger aspect dépoli du plancher du 4^e ventricule. Athérome des artères de la base. Hémisphère droit 520 gr. Hémisphère gauche, même poids. Cervelet et bulbe : 180 gr.

Organes : Le foie est volumineux et sclérosé. Emphysème pulmonaire. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Examen microscopique. Encéphale : Pie-mère épaissie et infiltrée de cellules mononucléées. A la partie profonde de la méninge et au fond des sillons, ces cellules sont pressées les unes contre les autres, étalées en nappe, donnant l'impression d'un tissu gommeux. Adhérences méningo-corticales.

Dans le cortex, périvascularite très accusée. La plupart des vaisseaux sont entourés de manchons de cellules plasmatiques au milieu desquelles on note la présence de cellules granuleuses et de gros blocs de pigments. Infiltration du cortex par de nombreuses cellules rondes et des cellules en bâtonnet.

Les cellules nerveuses ont perdu leur ordination et on ne distingue plus les couches les unes des autres. Corps cellulaires atrophies, mais renfermant encore des granulations chromophiles.

Sclérose névroglique diffuse intéressant surtout la couche moléculaire et le pourtour des vaisseaux. Au Weigert-Pal, disparition des fibres tangentielles. La strie de Baillarger est peu fournie. La dégénérescence des fibres corticales par zones microscopiques donne à l'ensemble du cortex un aspect tigré. Nombreux corps muriformes isolés et périvasculaires.

Pie-mère cérébelleuse légèrement infiltrée. Pas d'autre lésion du cervelet. La plupart des vaisseaux intrabulbaires présentent la même infiltration lymphoïde que ceux du cortex. Aucune dégénérescence des cordons.

Chez ce malade, syphilitique, l'évolution de la paralysie générale a été classique et cependant, les réactions humorales, sanguines et rachidiennes, recherchées à trois reprises différentes, ont été négatives. Les lésions de l'encéphale sont celles d'une méningo-encéphalite subaiguë en pleine activité et tout anatomopathologiste, en présence de telles lésions, ne pourrait que confirmer le diagnostic de paralysie générale.

Ordinairement, quand on constate des réactions négatives au cours de la syphilis nerveuse, il s'agit de lésions en voie de cicatrisation ou complètement éteintes, ou encore de lésions très limitées du système nerveux (Ravaut). Les faits que nous venons de rapporter sont inexplicables. Comme il s'agit de lésions diffuses, on ne comprend pas pourquoi elles ne se reflètent pas dans le liquide céphalo-rachidien. Ces cas exceptionnels méritent d'être connus et leur rareté ne saurait nullement diminuer la valeur de réactions dont on apprécie chaque jour l'importance.

Paralysie générale d'évolution rapide chez un sujet atteint d'anévrysme aortique, par MM. A. COURTOIS, MISSET et A. BELEY.

L'association d'un anévrysme aortique et d'une méningo-encéphalite syphilitique passe pour très rare bien que ces deux maladies relèvent toutes deux de la même infection, la syphilis.

Cette rareté, qui n'est pas apparente, a pu faire penser à une sorte d'antagonisme entre ces deux localisations de la syphilis : localisation cardio-artérielle et localisation méningo-encéphalique. Pourtant, l'association d'une cardiopathie et d'une atteinte nerveuse plus ou moins fixée (syndrome de Babinski-Vaquez) est au contraire assez fréquente.

Cependant, il est de fait que la littérature ne contient que de rares exemples d'anévrysme artériel associé à la paralysie générale.

MM. Pactet et Marchand (1) rapportent un cas d'anévrysme carotidien associé à la paralysie générale. En 1907, Vigouroux et Delmas publient à la Société anatomique l'observation d'un paralytique général atteint d'anévrysme de l'aorte.

Dans l'observation suivante, la paralysie générale apparut tardivement, trois ans après que fut diagnostiqué et traité un énorme anévrysme de l'aorte ascendante.

D... Edmond, 53 ans, homme d'affaires, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 28 mai 1934. C'est un syphilitique de vieille date, peu ou mal traité, qui consulta le Dr Misset, à qui il était envoyé pour une radiographie thoracique. Dès 1932, on constate à cet examen une énorme dilatation cylindrique de l'aorte ascendante. Un traitement spécifique, des tonicardiaques, permettent la reprise d'une certaine activité, que l'on peut considérer comme normale jusqu'en janvier 1934.

A cette époque apparaît une excitation psychique avec idées délirantes mégalomaniaques.

D... se dit tout à coup très riche, échafaude des projets grandioses. Veut distribuer le bonheur autour de lui. Il prétend transformer la France, envoie chaque jour au ministre une lettre de plainte ou de conseils pour faire cesser tel scandale ou arrêter tels assassins. Des troubles graves du caractère, des violences, ne tardent pas à apparaître. Bientôt l'affaiblissement intellectuel devient évident, la famille ne peut conserver ce malade dangereux et le fait admettre dans le service.

(1) PACTET et L. MARCHAND. — Paralysie générale et anévrysme de la carotide interne. *Soc. Clin. Méd. ment.*, 1928, p. 77.

(2) VIGOUROUX et DELMAS. — Ictus et délire hallucinatoire chez un paralytique général. Anévrysme aortique. *Soc. anatomique*, mars 1907.

A l'entrée, l'état physique est précaire : pâleur extrême, amaigrissement, station et marche presque impossibles ; cet état contraste avec l'excitation psychique et l'euphorie du malade, qui ne parle que de sa fortune, des richesses qu'il va distribuer, il s'émeut et pleure en pensant à tout le bien qu'il va faire. A d'autres moments apparaissent des idées de persécution, on lui a tout pris, tout volé, il se plaindra au Commissaire... Mais quand il sera dictateur, nommé par le Maréchal Pétain, il enverra tous ces brigands en prison.

Dysarthrie très marquée, d'ailleurs la voix est rauque, enrouée, souvent bitonale. Réflexes tendineux normaux. Inégalité pupillaire légère, réactions lumineuses abolies.

Une rétention d'urines apparaît rapidement, nécessitant le sondage quotidien. C'est encore un motif pour exprimer des idées de grandeur. Tel jour le malade nous annonce qu'on lui a retiré la veille 27 litres d'urines.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont assourdis ; double souffle aortique à la base. Surélévation de la crosse et des sous-clavières, battements très marqués des vaisseaux du cou. La tension artérielle est basse : 14 1/2-8 (Pachon), ce qui montre, avec un certain œdème des jambes, l'encombrement des bases, la hausse continue de l'urée sanguine, la déchéance cardiaque progressive rapide.

Examens biologiques : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang positifs.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine : 0,60. Pandy +. Weichbrodt +. Leucocytes : 7,2. Benjoin : 22221.22222.22100. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs.

Urines sans éléments pathologiques.

L'évolution fut très rapide. Les idées mégalomaniaques puériles persistent ; l'inconscience de la situation fait espérer au malade sa guérison prochaine, la reprise de ses affaires. L'amaigrissement est rapide, une escarre sacrée apparaît, l'alimentation devient pénible. Congestion passive des poumons ; dyspnée. A signaler encore que depuis le début, la température n'a cessé d'osciller autour de 38°, elle s'élève vers la fin pour dépasser 39°. L'azotémie normale à l'entrée, 0,34, s'élève à 0,80 le 6 juin et à 1,20 le 16 juin, veille du décès. Après un coma très court, le décès survient le 17 juin, 20 jours après l'entrée dans le service et six mois après l'apparition des premiers troubles mentaux.

L'autopsie pratiquée le lendemain confirme les diagnostics cliniques.

Cerveau. Au niveau du cerveau, on trouve les lésions macroscopiques de la paralysie générale : méninges épaissies, laiteuses, adhérentes au cortex, surtout dans les régions antérieures du cerveau. Adhérences des lobes frontaux entre eux à leur face interne. Légère dilatation des cornes occipitales des ventricules latéraux, surtout à droite. D'ailleurs, l'atrophie cérébrale est peu marquée, l'hémisphère droit pèse 590 gr., le gauche 610 ; cervelet et bulbe 200 gr. Il n'y a pas d'athérome des artères de la base.

Organes. Poumons congestionnés, poids : droit 670, gauche 800.

Rein droit 190, gauche même poids. Foie 1 kg. 300. Le cœur et l'aorte pèsent 740 gr. Le cœur, surtout au niveau du ventricule gauche, est très hypertrophié. L'aorte présente une énorme dilatation cylindrique qui commence dès les valvules sigmoïdes et s'étend sur une dizaine de centimètres. Elle mesure de 22 à 23 cm. de tour à sa partie extérieure.

L'aorte est toute infiltrée de plaques calcaires, sa paroi paraît amincie en plusieurs zones, il n'existe pas de rupture.

Les deux diagnostics d'anévrysme aortique comme de paralysie générale ne peuvent être mis en doute. Cliniquement et anatomiquement, leurs symptômes sont évidents.

Il est curieux de signaler, outre leur association, les caractères évolutifs de ces deux affections. Il y a 3 ans déjà, l'anévrysme aortique paraissait devoir entraîner la mort très rapidement. Il n'en fut rien — les symptômes d'une méningo-encéphalite eurent le temps de se manifester et 6 mois plus tard, après une évolution rapide de la maladie cérébrale (sub-fébricité, rétention d'urines), la mort survenait autant, semble-t-il, du fait des progrès de la méningo-encéphalite syphilitique que de la cachexie cardiaque.

M. PICARD. — D'après ma pratique des autopsies, je crois que les anévrysmes de l'aorte sont bien plus fréquents qu'on ne le dit chez les paralytiques généraux.

M. CORMAN. — C'est très exact. Bayle cependant avait signalé leur fréquence. Mais, d'une façon générale, l'anévrysme et l'hypertrophie du cœur ne se révèlent pas cliniquement chez les paralytiques généraux. A noter également que l'on ne note pas chez eux les signes d'arthritisme qui sont évidents chez les autres membres de leurs familles.

Lésions à prédominance régionale réalisant un syndrome d'apparence focale chez un paralytique malarisé, par MM. P. GUIRAUD et J. AJURIAGUERRA.

Le mécanisme de l'action favorable de la malariathérapie sur la paralysie générale est encore inconnu. L'explication donnée d'abord par Gerstmann et acceptée ensuite par beaucoup d'auteurs (Straussler et Koskinas, Nakamura, etc.), à savoir que, après la malaria, le « processus paralytique » serait transformé en « processus syphilitique » accessible au traitement chimique

semble un peu verbale et ne paraît pas confirmée par des recherches histologiques soigneuses. Nous nous bornerons à rappeler à ce sujet les travaux de Spielmeyer, Jacob, Gurewitsch, Ferraro, etc.

Signalons, d'autre part, qu'un certain nombre de chercheurs, en particulier W. v. Jauregg et Ducosté se contentent de la malariathérapie sans traitement chimique consécutif et obtiennent d'excellents résultats. On ne comprend pas comment une syphilis cérébrale pourrait guérir sans traitement.

Cette hypothèse de la transformation du processus paralytique en processus syphilitique pourrait, dans certains cas, conduire à des interprétations erronées. Nous en apportons un exemple dans la présente communication. Il s'agit d'un paralytique général malarisé qui, après une amélioration donnant les meilleures espérances, a réalisé un syndrome à peu près identique à ceux provoqués par des lésions en foyer. Malgré un traitement anti-syphilitique intensif, il est décédé. L'examen anatomo-pathologique nous a montré qu'il n'y avait aucune lésion en foyer : ni ramollissement, ni hémorragie, ni gommes, mais bien des lésions à prédominance régionale, de même aspect histologique que les lésions paralytiques mais fort accentuées et que ces lésions étaient responsables des symptômes d'apparence focale.

Rappelons immédiatement que ces lésions à prédominance régionale ne sont nullement le monopole des paralytiques malarisés. On les observe également chez les paralytiques généraux évoluant spontanément. Nous en avons publié plusieurs exemples avec ou sans dégénérescence colloïde. Du reste, la paralysie générale de Lissauer à prédominance temporelle est une forme classique. Chez un malade de cette catégorie, Sérieux, il y a déjà longtemps, avait décrit des symptômes aphasiques rappelant ceux des lésions en foyer.

OBSERVATION I. — B..., âgé de 35 ans. Chancre à 17 ans. Soigneusement traité. Une ponction lombaire aurait été positive il y a 10 ans.

En juin 1931, amaigrissement progressif rapide, insomnie. Oublis nombreux dans sa profession. Erreurs. Projets absurdes. Fugue. Expédition de télégrammes incohérents. Loquacité, achats absurdes, agitation motrice. Idées délirantes de grandeur : est un grand artiste, est président de la République, etc. Interné à la suite de filouterie de taxi.

A son entrée, agitation extrême, état maniaque, grossièreté, érotisme, désorientation.

Dysarthrie légère. Pupilles inégales avec réflexes photo-moteurs très diminués, réflexes tendineux vifs.

Sérum. Wassermann +. Kahn +. Meinicke —.

Liquide Albumine : 0,70. Pandy +. Weichbrodt +. Leucocytes : 8,4. Benjoin : 22222.22222.20000. Wassermann +. Meinicke +.

Malarisé le 2 août 1932. 10 accès typiques.

Reçoit 20 gr. de Stovarsol sodique.

Ce traitement semble sans résultat. Persistance de l'agitation, des idées délirantes et d'un certain degré de confusion.

Le 27 septembre 1932, ictus avec état de mal épileptique. Convulsions généralisées et subintrantes. Hyperthermie : 40°. Etat général presque désespéré.

Amélioration progressive. Le 2 février 1933, le malade semble brusquement se réveiller comme s'il sortait d'un état confusionnel. Amnésie lacunaire presque complète depuis son internement. Apparition rapide d'un état dépressif avec idées hypocondriaques (obstruction d'organes, refus d'aliments), tendance au suicide.

Alternatives d'humeur dépressive et d'humeur normale, presque plus d'affaiblissement intellectuel. De temps en temps, attaques épileptiques généralisées, évoluant comme celles des épileptiques ordinaires.

Le 22 août 1933, ictus apoplectiforme ayant pour conséquence une hémiplegie totale gauche, qui reste flasque pendant assez longtemps, puis devient progressivement spasmodique : réflexes exagérés, clonus du pied, pas de Babinski. Contracture progressive.

En même temps, apparition de douleurs subjectives du côté gauche.

Crises épileptiques fréquentes, survenant isolément parfois, mais le plus souvent sous forme de 5 ou 6 crises par jour.

Total des attaques dans l'année 1933 : 184.

Le malade a reçu du gardénal, plusieurs séries de bismuth et du novarsénobenzol.

En janvier 1934, aggravation des douleurs subjectives du côté gauche. Nouvel examen systématique de l'hémiplegie gauche.

Hypertonie, avec membres inférieurs en flexion légère ; avant-bras fléchi sur le bras, épaule relevée. La main est fléchie sur l'avant-bras, elle présente une attitude d'enroulement autour de l'axe longitudinal (main d'accoucheur). Les doigts sont généralement en extension. Mouvements lents spontanés de la main et des doigts (flexion et extension lente, mouvements de latéralité). Ces mouvements semblent dus à des variations du tonus et rappellent ceux des athétosiques.

Mouvements actifs presque supprimés.

Mouvements passifs très limités par l'hypertonie et douloureux.

Paralysie faciale nette du type central.

Réflexes très vifs, clonus du pied très accentué. La recherche du réflexe cutané plantaire provoque un clonus du pied, réflexes crémas-tériens et cutanés abdominaux abolis à gauche,

Sensibilité subjective. Douleurs spontanées continues avec exacerbation au niveau de la région thoracique, du bras, de la face du talon, du genou. Sensations de névralgie, d'arrachement, de constriction.

Sensibilité objective. Hyperalgie et troubles de la localisation. La piqure de la plante du pied détermine une douleur au niveau du bras et du cou.

La chaleur et le froid sont éprouvés comme des douleurs, surtout le froid, et mal localisés.

L'application du diapason sur les saillies osseuses est également douloureuse.

Troubles trophiques. Nettement marqués : œdème violacé, déformation des doigts.

Indice oscillométrique. Très variable.

L'examen est facilité par la comparaison avec le côté droit, à peu près intact au point de vue moteur, sensitif et réflexe.

En février 1934, l'état général s'aggrave progressivement ; des troubles sphinctériens apparaissent et survient de la somnolence.

Le 19 février, après un nouvel état de mal épileptique, apparition d'une hémiplegie droite flasque, abolition du réflexe rotulien, clonus du pied, ébauche de Babinski. Le malade tombe dans le coma et décède deux jours après.

Examen histologique. — HÉMISPHERE DROIT.

Frontale ascendante. Méninges très épaissies, beaucoup de fibroblastes. Peu d'infiltration périvasculaire. Nombreuses adhérences. Les vaisseaux, au moment de leur pénétration dans l'écorce, présentent des infiltrations à plasmocytes et à lymphocytes.

Dans la première couche, prolifération énorme de la névroglie fibrillaire, nombreuses cellules macrogliales monstrueuses, avec volumineux prolongements. La stratification est bien conservée, les cellules nerveuses sont relativement peu atteintes, parfois atrophiées, avec abaissement des prolongements. Infiltration périvasculaire dans les vaisseaux moyens. Dans certains vaisseaux, réaction périvasculaire anormalement importante.

Enorme prolifération macrogliale dans la substance blanche, le cytoplasme macroglial est très hypertrophié. Démyélinisation diffuse, élargissement des vaisseaux visibles à l'œil nu.

Région préfrontale gauche. Lésions analogues mais moins accentuées.

Lobe temporal. Les processus d'atrophie dominant. Peu d'infiltration. Atteinte de la substance blanche, prolifération macrogliale.

Lobe occipital. Lésions légères, cellules relativement bien conservées, infiltration périvasculaire très discrète.

Région sous-corticale. Le striatum est relativement peu lésé, quelques vaisseaux infiltrés. Atteinte plus considérable à la partie externe du putamen. Les cellules nerveuses sont assez bien conservées. Le Pallidum est plus atteint, infiltrations assez importantes.

Capsule interne. Quelques infiltrations périvasculaires des vaisseaux moyens, prolifération macrogliale moindre qu'au niveau de la substance blanche de l'écorce. Dégénérescence diffuse des fibres à myéline

du faisceau pyramidal ; les fibres transversales sont bien conservées.

Au niveau du *thalamus*, périvascularite diffuse accentuée et souvent énorme prolifération macroglie. Cette prolifération, facilement visible dans toute l'étendue du *thalamus*, présente des zones de très grande intensité (autour de l'épendyme, autour des gros vaisseaux, dans la région postérieure (pulvinar).

Dans les régions où la prolifération macroglie est peu intense, les cellules nerveuses sont assez bien conservées ; dans les autres, la prolifération névroglie détruit tous les autres éléments nerveux.

Région sous-lenticulaire. Toute cette région est le siège d'un processus inflammatoire très intense. La périvascularite est généralisée et accentuée, quatre ou cinq rangs de cellules autour des vaisseaux. Il s'agit de plasmocytes, de lymphocytes, de cellules granuleuses. On constate l'essaimage des plasmocytes et des lymphocytes loin de la paroi vasculaire, en plein tissu nerveux. Les plasmocytes typiques et facilement identifiables sont isolés ou en groupe de trois ou quatre. Intense prolifération de la macroglie. Atteinte des cellules nerveuses de la substance innommée de Reichert et de l'écorce des circonvolutions inférieures du lobe frontal.

Tuber, également très atteint. Réactions périvasculaires fortes, essaimage des plasmocytes, macroglie.

Pas de tréponèmes dans le lobe frontal ni dans les noyaux gris (méthode de Steiner).

HÉMISPHERE GAUCHE. — Les lésions sont beaucoup moindres. La réaction périvascularite est discrète dans le lobe frontal, les noyaux gris centraux sont beaucoup moins atteints que du côté droit. Seule la prolifération de la macroglie est très intense. Néanmoins, le diagnostic est évident (réactions périvasculaires).

Pédoncules. Réactions périvasculaires peu accentuées, mais nombreuses. Réaction macroglie autour de l'épendyme et à la périphérie des pédoncules.

Du côté droit, le faisceau géniculé est dégénéré.

Protubérance. Groupes cellulaires bien conservés. Réaction macroglie diffuse.

La dégénérescence du faisceau pyramidal droit devient plus nette.

Bulbe. Mêmes lésions. Dégénérescence nette de la pyramide droite.

Moelle. Dégénérescence plus accentuée de la zone pyramidale gauche.

Cervelet. Lésions peu importantes. Bon état des cellules de Purkinje. Réaction macroglie au niveau de la substance blanche.

A noter que dans toute l'étendue du système nerveux, la microglie est légèrement hypertrophiée, mais moins que dans la paralysie générale habituelle. En particulier, les cellules en bâtonnet sont peu nombreuses dans l'écorce.

En résumé, nous avons observé un encéphale de paralytique général présentant des lésions relativement atténuées de paralysie générale au niveau de l'écorce, avec prédominance à droite.

Dans la région sous-lenticulaire nous observons une zone d'environ quatre centimètres carrés sur une coupe horizontale dans laquelle les lésions inflammatoires sont extrêmement intenses. A la périphérie cette inflammation ne présente aucune limite nette et se confond par transitions insensibles avec l'inflammation voisine beaucoup plus discrète.

Rien ne permet de considérer cette prédominance régionale comme une gomme, rien ne permet de la distinguer d'un processus paralytique intense.

D'autre part, dans toute l'étendue de l'encéphale, mais spécialement à la périphérie de l'écorce, dans la substance blanche correspondant au faisceau pyramidal et surtout au niveau du thalamus nous trouvons une réaction macroglie d'une intensité extrême.

Les réactions de la névroglie fibrillaire de cette intensité sont exceptionnelles. Nous n'en possédons qu'un cas semblable chez un paralytique général avec crises épileptiques généralisées antérieures à tout traitement et qui a succombé à un état de mal épileptique peu de temps après la malariathérapie.

Nous croyons que ces formes épileptiques sont précisément les formes dans lesquelles la macroglie prolifère si intensément.

Rappelons à ce sujet que dans la moelle on peut observer également des réactions de ce genre, puisque I. Bertrand et Noël Péron ont décrit, sous le nom de sclérose en plaques syphilitique, l'atteinte médullaire mortelle d'un de leurs malades, survenue également après la malariathérapie.

Quelles corrélations pouvons-nous établir entre les symptômes neurologiques d'apparence focale et les lésions que nous venons de décrire.

Sans vouloir trop préciser, ce qui est périlleux en cas de lésions diffuses associées, nous croyons que l'atteinte du thalamus et du faisceau pyramidal correspondant au côté gauche ont contribué à la réalisation de l'hémiplégie avec syndrome thalamique. Il est vraisemblable que la lésion inflammatoire à prédominance sous-lenticulaire et tubérienne a ajouté un contingent de symptômes au tableau clinique.

Nous pouvons conclure que, tant qu'on n'a pas fait un examen histologique systématique, il ne faut pas attribuer à des gommages ou à des foyers de ramollissement des syndromes d'apparence focale et augmenter induement les observations favorables à la

thèse de transformation du processus paralytique en processus syphilitique.

M. MARCHAND. — Je viens d'examiner les préparations histologiques du cas présenté par M. Guiraud ; j'y constate les lésions d'une paralysie générale encore en pleine activité, d'une méningo-encéphalite entraînant une sclérose névrogliques astrocytaire très prononcée. J'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen anatomopathologique de plusieurs cas de paralysie générale traités par l'impaludation et le stovarsol. Il est très troublant de remarquer que, chez des sujets soumis à ce même traitement, on peut rencontrer tous les intermédiaires entre les lésions d'une paralysie générale en pleine évolution et celle d'une paralysie générale dont les lésions inflammatoires sont très réduites ou même disparues. Ne considérant que le point de vue anatomique, il y a donc des cas dans lesquels le traitement n'a aucune action sur les réactions inflammatoires encéphaliques.

Syndrome tumoral, présentation démentielle. Méningite kystique opto-chiasmatique (méningite séreuse) révélée par l'intervention, par MM. A. COURTOIS, P. PUECH et M^{lle} E. JACOB.

L'observation suivante nous a paru mériter d'être rapportée en raison de sa rareté dans un service de psychiatrie, de l'utilité des examens spécialisés comme la ventriculographie qui a permis de localiser une masse comprimant les organes de la base de l'étage antérieur du cerveau. Enfin, l'intervention a révélé qu'il s'agissait d'une tumeur liquide et son évacuation est suivie d'un état actuellement voisin de la guérison.

T... Gabriel, 36 ans, mécanicien, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rouselle le 21 mars 1934.

Antécédents : Père 56 ans, alcoolique, mère morte vers 42 ans, était « neurasthénique » ; un frère bien portant.

Lui-même n'aurait pas eu de maladies graves de l'enfance, il est sobre, il ignore être syphilitique.

Il y a 6 ans, épisode dépressif avec douleurs lombaires l'obligeant à interrompre son travail pendant 1 mois.

Il y a 3 ans : vertiges allant presque jusqu'à la syncope, s'accompagnant de douleurs mal caractérisées et mal localisées.

Depuis 1 an, T... est devenu sombre, maussade, taciturne, indifférent, avec un aspect d'anéantissement « comme une momie ». Il cesse toute activité ; des troubles mnésiques se précisent, l'acuité visuelle

et l'acuité auditive diminuent, l'appétit se perd ; l'état général s'altère. Les troubles s'accroissent progressivement et c'est avec un certain degré d'amblyopie que T. vient consulter à Henri-Rousselle le 21 mars 1934.

Son aspect, son état mental, joints à une inégalité pupillaire, à une dysarthrie légère, font porter dès l'entrée le diagnostic de paralysie générale.

Dans le service, on le trouve ralenti, il paraît affaibli intellectuellement, surtout très obnubilé ; il ne s'intéresse à rien, ne s'inquiète pas de l'endroit où il se trouve ; il erre dans la salle sans but.

On note de l'amnésie continue, et un examen psychologique pratiqué donne un niveau mental (Ternan), qui correspond à celui d'un enfant de 6 ans.

De plus, la femme nous signale qu'outre l'affaiblissement de la mémoire, l'inertie, l'incapacité complète de travailler apparaissent des réactions coléreuses, des menaces de violences qui rendent ce malade dangereux. Elle signale encore la perte des sentiments élémentaires de pudeur, son mari se déshabillant, urinant devant leur fille.

Les réflexes tendineux et cutanés sont conservés et normaux ; une légère dysarthrie provoquée peut être notée.

La tension artérielle est normale, les urines ne contiennent pas d'éléments pathologiques.

Dans le sang, les réactions de Wassermann, Meinicke et Kahn sont fortement positives. La ponction lombaire donne un liquide normal, mais très hypertendu : tension (assis) : 80-40. Albumine : 0,18. Pandy et Weichbrodt : 0. Leucocytes : 1,8. Benjoin : 00000.00100.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

L'examen ophtalmologique (M. Lagarde) montre une légère inégalité pupillaire $OD > OG$; le réflexe photo-moteur et les réactions pupillaires sont conservées ; l'acuité visuelle : 0,9 des deux côtés ; le fond d'œil est normal, mais le champ visuel est très diminué, notamment à gauche, où existe un rétrécissement temporal très important.

L'ensemble de ces troubles fait soupçonner une tumeur cérébrale sans signes certains de localisation. Le malade est adressé à l'Hôpital de la Pitié, dans le service de Neurochirurgie du Dr Clovis Vincent.

Une ventriculographie est pratiquée le 30 mai 1934 (P. Puech), après double trépanation occipitale (droite et gauche). Les ventricules sont légèrement dilatés et de façon symétrique. Sur les clichés de face, occiput sur plaque, on remarque que la partie inférieure des cornes frontales est amputée, comme cela se voit dans les tumeurs supra-sellaires. Le 3^e ventricule n'est pas visible. Une partie de l'air injecté dans les ventricules en est sorti, injectant les sillons corticaux et montrant un certain degré d'atrophie cérébrale. Sur la ligne médiane, au-dessous des cornes frontales, on voit une image claire, irrégulière ; elle répond à de l'air passé en encéphalographie. L'étude

des clichés examinés stéréoscopiquement permet de préciser qu'il ne s'agit pas du 3^e ventricule.

L'examen du liquide ventriculaire décèle à droite : Albumine : 0,22. Leucocytes : 13. Pandy et Weichbrodt : 0. Bordet-Wassermann : 0. A gauche : Leucocytes : 7,4.

L'intervention est alors décidée et pratiquée le 30 mai 1934. (P. Puech et H. Lenshoest). Un volet frontal droit est taillé, l'os est très vascularisé ; la dure mère épaissie, violacée et sillonnée de très nombreux vaisseaux. Incision de la dure-mère à 1 cm. en dedans du rebord osseux. L'arachnoïde apparaît considérablement épaissie, blanchâtre, opaque, et ceci sur toute l'étendue découverte. On l'incise. Plusieurs lacs de liquide céphalo-rachidien sont ouverts au niveau des sillons du lobe frontal ; il s'en écoule beaucoup de liquide céphalo-rachidien. Les sillons paraissent alors anormalement profonds, les circonvolutions découvertes sont légèrement atrophiques. Ponction de la corne ventriculaire frontale droite : 10 cc. de liquide clair et de l'air s'échappent de l'orifice de l'aiguille.

Soulèvement du lobe frontal pour exploration de la région opto-chiasmatique. Il existe dans la région opto-chiasmatique une méningite séreuse très considérable. Après incision de l'arachnoïde épaissie, de la citerne antérieure, il s'écoule 40 à 45 cc. de liquide céphalo-rachidien. Les nerfs optiques droit et gauche sont de taille sensiblement normale, mais grisâtres et sillonnés de nombreux vaisseaux. Il n'y a pas de tumeur solide de la région, mais la poche du liquide qui a été évacuée se comportait à la manière d'une tumeur suprasellaire.

Décompression sous-temporale droite ; hémostase ; sutures. Les suites opératoires sont normales ; dès le 3^e jour, le malade paraît plus présent.

Quelque temps après, il peut quitter la Pitié et il est à nouveau examiné à Henri-Rousselle. L'état mental est transformé, le malade est lucide, très présent. Il a enregistré les faits importants depuis son opération, se rappelle une visite qu'on lui fit à la Pitié quelques jours après l'intervention. L'orientation est correcte, l'affectivité normale. T. s'inquiète de la santé de sa femme actuellement à l'hôpital. Il persiste seulement une certaine lenteur dans les réponses, et une difficulté à s'adapter rapidement à des questions successives.

A titre de comparaison, le niveau mental pratiqué le 27 juin correspond à celui d'un enfant de 12 ans.

Cette observation nous a paru intéressante tant au point de vue médico-psychiatrique que neurochirurgical.

On ne retrouve, dans les antécédents de notre malade, aucun traumatisme important, aucune infection des cavités de la face, ni épisode méningé, mais c'est un syphilitique avéré.

Depuis longtemps, il a présenté des petits troubles : vertiges,

dépression. Puis s'installe un syndrome d'allure démentielle s'accompagnant de signes tumoraux, surtout oculaires.

L'image de ventriculographie elle-même a un aspect qui est, d'ordinaire, l'indice d'une tumeur supra-sellaire. L'intervention seule permet d'éliminer ce diagnostic. Elle a montré qu'il s'agissait d'une méningite séreuse, d'une arachnoïdite optochiasmatique comme l'un de nous, avec M. Clovis Vincent et M. David (1), en a rapporté plusieurs observations. Mais le cas actuel s'en différencie par le volume et la diffusion des lésions : il existait à la base du cerveau, sous les lobes frontaux, une énorme poche kystique faisant tumeur, ce qui explique l'image ventriculographique (amputation des cornes frontales) comme cela s'observe en cas de tumeur solide supra-sellaire. D'ailleurs, quelle qu'en soit la localisation, on sait combien le diagnostic d'arachnoïdo-pie-mérite-séreuse reste souvent difficile à faire avec une tumeur cérébrale (2).

L'étiologie dans notre cas n'apparaît pas évidente, mais il semble que l'on puisse retenir, comme facteur important, la syphilis sans qu'il soit d'ailleurs possible de parler maintenant d'une méningite syphilitique localisée.

Le malade sera d'ailleurs soumis à un traitement spécifique. Nous avons cru intéressant de vous présenter cette observation parce que, grâce aux méthodes nouvelles d'exploration cérébrale appliquées par des neuro-chirurgiens entraînés, on a pu localiser le processus qui comprimait le cerveau. Mais sa nature ne fut révélée qu'à l'intervention qui permit de libérer une véritable tumeur liquide et de permettre le retour à un état voisin de la guérison chez un sujet voué à la cécité et dont, par ailleurs, l'internement ne paraissait pas pouvoir être évité.

(1) CL. VINCENT, P. PUECH et M. DAVID. — A propos de 7 cas d'arachnoïdite opto-chiasmatique. *Rev. Neur.*, juin 1931, p. 760.

(2) Voir aussi : H. CLAUDE, VELTER et DE MARTEL. — Méningite séreuse à localisations multiples. *Rev. Neur.*, t. I, mars, n° 3, 1931.

— H. CLAUDE. — L'arachnoïdopie-mérite séreuse cérébrale. *Rev. Neur.*, juin 1933, p. 825-850.

— TH. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — Considérations sur les méningites séreuses circonscrites. *Rev. Neur.*, t. I, n° 6, 1933.

— BARRÉ, STOLZ et LIEOU. — Méningite séreuse simulant une tumeur de la fosse cérébrale postérieure. *Rev. Neur.*, t. I, 1929.

— FRIBOURG-BLANC, GAUTHIER et MASQUIN. — Un cas de méningite séreuse posant le problème du diagnostic différentiel avec les tumeurs. *Rev. Neur.*, oct. 1930.

— MÉDÉA. — Diagnostic différentiel entre méningite séreuse et tumeur cérébrale. *Ann. Méd.-Psychol.*, oct. 1933.

Psychose infectieuse chronique avec stéréotypies litaniques verbales et graphiques, palilalie, paligraphie et tachyphémie anxieuse. Parkinsonisme fruste (*présentation de malade*), par MM. Georges PETIT et André BAUDARD.

La malade, qui fait l'objet de cette communication, présente, depuis de longues années, au cours de l'évolution d'une psychose chronique paraissant d'origine infectieuse, des troubles de l'expression verbale et graphique extrêmement accusés, qui dominent le tableau clinique.

Mlle Jeanne G..., née en 1877, sans profession, présenta des convulsions à l'époque de la dentition ; néanmoins, son développement s'effectua normalement jusqu'à l'âge de 10 ans. A cette époque, survint une *maladie infectieuse* étiquetée « fièvre typhoïde », d'évolution très grave et très longue, qui fut suivie d'un ralentissement extrême du développement psychique : le comportement de la malade resta toujours puéril ; elle devint entêtée et méfiante ; l'instruction qui lui fut donnée ne put être que sommaire.

En 1905, à l'âge de 28 ans, Mlle G... présenta, pendant 3 ou 4 mois, de l'*insomnie avec excitation nocturne*, qui fut suivie de *troubles importants de la nutrition générale* : alternatives d'obésité (90 kg.), et d'amaigrissement (55 kg.). A ce moment, apparurent des « *crises nerveuses* », avec perte de conscience, tremblement généralisé et raideur des membres, « étouffements », à la suite desquelles *la parole était embarrassée ou même absolument impossible* ; il n'y eut jamais, semble-t-il, d'émission d'urine ni de morsure de la langue. En cinq années, la malade présenta une vingtaine de ces crises.

Parallèlement à ce syndrome organique, se manifestent des idées de persécution mal systématisées et des hallucinations variées qui, modifiant fâcheusement les réactions habituelles de la malade, nécessitèrent son internement en 1910.

De 1911 à 1918, Mlle G... fut hospitalisée à la Maison spéciale de santé où l'on porta le diagnostic d'hébéphrénie. Pendant toute cette période, la malade semble avoir présenté, outre des idées de persécution variées et mal systématisées, de l'anxiété avec agitation intermittente surtout nocturne, opposition et résistance, crises de colère violentes, crises de larmes. On note également de nombreuses crises « hystériformes », des vertiges, des algies diverses, des crampes, des céphalalgies, des crises de sueur, des poussées de fièvre inexplicables, de l'hyperesthésie des seins. Néanmoins, la malade n'est pas indifférente : elle exprime dans ses lettres des sentiments très affectueux pour sa famille. Pendant les périodes calmes, elle s'occupe, coud ou brode.

Mais déjà, le tableau clinique est dominé par l'existence de *stéréo-*

typies verbales et graphiques, d'une intensité remarquable. On note que la malade répète toujours les mêmes phrases, dans le même ordre, et avec la même intonation monotone : « Cette folle et menteuse de Mme H... dit que je veux me marier. Je ne veux pas me marier. Je ne me marierai pas. Je veux rester honnête et sage. Je ne veux pas me marier, je ne me marie pas. Ça mine, ça mine, ça tue, quel crime. Que ma folle et menteuse mère cesse ses niches, ses complots et ses persécutions ». Ce n'est, d'ordinaire, qu'après avoir dévidé interminablement et plusieurs fois de suite cette série de phrases stéréotypées, que la malade exprime, en dernier lieu, les thèmes inédits de ses pensées, soit pour répondre à une question, soit pour s'adresser spontanément à un interlocuteur. Toutefois, en cas de nécessité urgente, il semble possible à la malade d'inhiber, partiellement et temporairement, le déroulement de son automatisme verbal : réduisant aux premières phrases sa litanie qu'elle interrompt soudain, elle exprime son désir ou sa réponse avec brièveté et reprend ensuite le dévidement monotone de ses stéréotypies verbales.

C'est également à la même époque qu'on note une autre variété de stéréotypies consistant en longues énumérations de négations verbales, telles que la suivante : « Je ne dois pas, je ne prête pas, je ne quitte pas, je ne mets pas, je n'ôte pas, je n'enlève pas, je ne fais pas, je ne donne pas, je ne fais pas, je défais, je ne conduis pas, je ne siffle pas, je ne siffle pas, je ne cerne pas, je ne conduis pas, je ne commence pas, etc... ».

On retrouve, dans ses lettres, les mêmes séries de phrases stéréotypées, et l'on note quelquefois de la *paligraphie*, de même qu'on a signalé à la même époque, de l'*écholalie*.

Sortie de la Maison spéciale de Santé en 1918, Mlle G... y est admise à nouveau en avril 1933.

Elle se présente actuellement, comme une malade lucide et calme ; et malgré son apparence indifférente et son aspect figé, elle lit les journaux, retient les faits importants, remarquant et notant également avec curiosité tout ce qui se passe dans son pavillon, mais ne confiant ses impressions qu'à son infirmière particulière. Elle continue en effet à se montrer très méfiante à l'égard du reste de son entourage et exprime des idées de persécution contre son administrateur qui « souffle le mensonge ».

Souvent inactive, elle s'occupe cependant quelquefois à des travaux de tricot.

Elle se révèle parfois ironique.

Elle est très affectueuse, très attachée à son infirmière, à la surveillante, et à quelques personnes de l'extérieur (Mme H..., ses neveux et ses nièces), de qui elle parle souvent.

Toujours méfiante et assez opposante à tous les examens (sauf quand elle souffre physiquement, et elle se montre alors fort docile). Mlle G... présente parfois, surtout quand on la contrarie, des crises de larmes subites ou même des crises de colère.

Elle présente, enfin et surtout, comme on l'avait noté déjà dès 1911, des *troubles de l'expression verbale et graphique*, d'une importance peu commune.

Depuis cette époque, certes, le contenu des stéréotypies s'est modifié et on peut actuellement classer, sous deux chefs principaux, les stéréotypies verbales, litaniques, présentées actuellement par notre malade.

Une première série est constituée par la phrase suivante : « Je ne sais pas, je ne sais pas ; je dis paix, je ne sais pas ; je ne sens pas ; je suis en paix qu'en paix, je dis paix que paix, et tout ce qui est à moi, est à moi, libre, honnête et en paix. » Les termes de cette litanie, ainsi que l'ordre monotone de son déroulement, sont toujours strictement les mêmes et il est tout à fait exceptionnel qu'une réponse quelconque puisse être obtenue avant que la litanie ait été entièrement dévidée ; il arrive même que cette série immuable de phrases soit répétée dix et vingt fois de suite, surtout si une question est à nouveau posée et si l'interlocuteur manifeste de l'impatience. La malade reprend alors et déroule de plus en plus rapidement la série de ces litanies, dans un état de subanxiété de plus en plus marquée, qui aboutit parfois à une explosion de larmes.

La deuxième série de phrases stéréotypées exprime une préoccupation dominante : le désir qu'à la malade de sortir de la maison de santé. Mais dans ce second groupe verbal, l'ordre des mots est variable et la litanie n'a pas toujours le même nombre de phrases : elle est abrégée s'il y a une réponse à faire, ou au contraire étirée si l'on écoute avec complaisance : « Et je pars en paix avec Mme H..., qui vient vite me voir et me chercher, ce soir, et avec Mlle H..., qui vient me voir et me chercher, et avec neveux et nièces à moi qui vient vite me voir et me chercher, et m'emmène chez moi en paix, et je pars en paix, et je pars en paix chez moi, 40, rue Pergolès (XVI^e)..., et je suis contente et heureuse d'être avec elle, et avec Mme D..., et je suis heureuse et contente, et Mme D... m'emmène chez moi, Mme D..., mon infirmière à moi, m'emmène chez moi, 40, rue Pergolès (XVI^e), et je suis heureuse, je suis heureuse, je suis heureuse en paix, et je n'ai qu'une infirmière, Mme D..., qui vient. »

Dans ces propos stéréotypés, les éléments palilaliques, les répétitions d'un, de deux ou trois mots, ne sont pas rares : « Je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas » ; « je suis heureuse, heureuse, heureuse en paix » ; « en paix, en paix, en paix ».

On peut noter également, surtout si les interlocuteurs multiplient leurs questions, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, une véritable *tachyphémie*, qui paraît associée à une *anxiété* parfois très accusée : l'attitude de la malade révèle alors un profond désarroi ; la respiration devient saccadée et superficielle, le pouls plus rapide ; le débit verbal s'accélère ; les mots, de plus en plus fréquemment répétés, deviennent bredouillés, parfois presque inintelligibles, et il n'est pas rare qu'une crise de larmes subite vienne marquer le paroxysme de ce petit drame verbal.

Palilalie et tachyphémie sont d'ailleurs plus fréquemment observées quand on suscite de petits chocs émotifs chez la malade, soit en l'interpellant ou en l'abandonnant brusquement, soit en la présentant à un nouvel interlocuteur encore inconnu d'elle. Notons, cependant, comme nous l'avons indiqué déjà, que, dans certaines situations où l'urgence pratiquement s'impose, par exemple, quand la malade souffre, comme il arrive parfois, de coliques hépatiques, et que le médecin l'examine et l'interroge, Mlle G... parvient, assez rapidement, à inhiber son automatisme verbal : « Je ne sais pas, je ne sais pas, je dis paix, je ne sais pas, j'ai mal ventre, ventre, ventre, ventre... ».

L'effort de suspension de ces stéréotypies litaniques est d'ailleurs très fréquent, quoique rarement couronné de succès. Le débit verbal, au lieu d'être rapide et continu, devient saccadé ; des arrêts brusques sont suivis de reprises rapides, et le plus souvent, après quelques heurts, le déroulement de la série se poursuit, avec accélération du rythme respiratoire, tachycardie, subanxiété (1).

Dans l'écriture, on retrouve les mêmes stéréotypies, avec quelques répétitions paligraphiques, mais il n'y a jamais tachygraphie : la malade écrit toujours posément, sur un rythme identique ; elle peut interrompre une lettre commencée et l'achever quelques heures plus tard. Il n'existe pas non plus de micrographie.

L'examen organique de cette malade révèle, outre une exagération des réflexes ostéo-tendineux (le réflexe antibrachial gauche est polycinétique) :

- une parésie faciale droite légère ;
- une abolition des réflexes cutanés abdominaux ;
- du dermatographisme ;
- un *syndrome parkinsonien*, caractérisé par une hypertonie généralisée avec résistance ciréuse dans les mouvements passifs de flexion du membre supérieur gauche, une crémaillère et l'abolition des mouvements automatiques du membre supérieur droit, l'exagération des réflexes de posture, l'atonie habituelle du visage avec légères séborrhée, l'attitude générale figée, la marche à pas trainants.

Pas de tremblement. Pas de signe de Babinski.

Pas de troubles oculaires actuels.

Ponction lombaire : pas d'hypertension, pas d'éléments anormaux.

Examen des urines actuellement négatif.

En résumé, une malade, âgée actuellement de 57 ans, dont la fragilité cérébrale s'est traduite précocement par des convulsions infantiles, présente, à l'âge de dix ans, une infection géné-

(1) Il semble qu'on puisse rapprocher ces phénomènes spasmodiques d'inhibition verbale de la décontraction musculaire saccadée, qu'on observe dans les tentatives de mouvements rapides que fait un parkinsonien hypertonique.

rale grave, de type typhoïdique, qui détermine un ralentissement notable du développement intellectuel. Dix-huit ans plus tard, se manifeste un syndrome psycho-organique polymorphe où sont notées de l'agitation anxieuse surtout nocturne, des hallucinations et des idées délirantes, des crises convulsives atypiques à la suite desquelles la parole était embarrassée et même quelquefois impossible, enfin des stéréotypies verbales associées à de l'écholalie, de la palilalie, de la paligraphie et de la tachyphémie qui donnent encore un accent tout particulier à la présentation clinique de cette malade ; cependant qu'on relève actuellement un syndrome parkinsonien fruste, mais suffisamment caractéristique.

Il est curieux de noter que le diagnostic d'hébéphrénie a été appliqué — sans doute faute d'une meilleure étiquette — à une malade dont l'affection, évoluant maintenant depuis près de trente ans, ne s'accompagne actuellement, malgré la prépondérance des stéréotypies verbales, ni d'affaiblissement psychique ou de dissociation intellectuelle, ni d'indifférence affective. A la lumière de nos connaissances actuelles sur les infections neurotropes, il nous paraît plus volontiers que notre observation doit ressortir à ce groupe étiologique, dont l'un de nous a montré la fréquence si considérable et le polymorphisme psycho-organique si remarquable en psychiatrie (1).

Peut-être, convulsions infantiles, infection pseudo-typhoïdique de l'adolescence, psychopathie de la trentaine, constituent-elles seulement — comme dans tant d'autres cas à évolution identique — les diverses étapes, à réactivations polymorphes, d'une ou de diverses infections neurotropes sur un système nerveux particulièrement fragile ou sensibilisé. L'existence actuelle d'un syndrome parkinsonien — si caractéristique, on le sait, des infections neurotropes du groupe encéphalomyélites dites épidémiques — nous confirmerait dans cette hypothèse. On sait d'ailleurs que, si la palilalie peut s'observer chez les pseudo-bulbaires et dans l'épilepsie, c'est l'encéphalite épidémique qui a le plus contribué à vulgariser ce trouble du langage.

On a souvent discuté, en opposant le psychique à l'organique, les caractères différentiels qui sépareraient les stéréotypies verbales des états psychopathiques, en particulier de la démence précoce, et d'autre part, les paliphrasies ou palilogies des épileptiques, les palilalies des encéphalitiques et des pseudo-bulbaires, en mettant en valeur, dans le mécanisme pathologique des

(1) G. PETIT. — Congrès Limoges, 1932.

stéréotypies, l'élément psychologique ; cependant que, dans les autres cas, l'élément moteur organique aurait un rôle essentiel prédominant. Ces distinctions entre ces diverses itérations psychomotrices du langage paraissent basées sur des arguments plus théoriques que cliniques. Comme l'ont bien indiqué, d'ailleurs, P. Guiraud et B. Cailleux (1), la palilalie typique, coïncidant parfois avec d'autres itérations motrices (ou palikinésie) et avec l'écholalie, sont d'observation courante dans l'hébéphrénocatatonie. Chez notre malade, il nous paraît précisément remarquable de voir se succéder ou s'associer stéréotypies verbales, écholalie, palilalie et paligraphie, tachyphémie.

Il semble intéressant également d'observer que les troubles actuels du langage ont succédé, chez Mlle G..., à des « crises nerveuses » assez particulières (s'agissait-il d'épilepsie sous-corticale ?) après lesquelles on notait déjà de l'embarras de la parole et même une inhibition absolue du langage.

Dès 1920, H. Claude (2) a bien indiqué les analogies de ces troubles du langage avec la démarche festinante des parkinsoniens et les phénomènes de kinésie paradoxale (antépulsion et rétropulsion) observés dans la paralysie agitante.

Il nous paraît intéressant de noter que ces troubles de la régulation automatique du langage coexistent, chez notre malade, avec deux ordres de phénomènes psychiques, qui sont d'ailleurs habituels chez les épileptiques, les parkinsoniens encéphaliti-ques et les pseudo-bulbaires : la *viscosité mentale*, d'une part, l'*hyperémotivité anxieuse*, d'autre part.

La viscosité mentale semble toujours associée à des phénomènes de *persévération*, aussi bien dans l'ordre psychomoteur qu'idéatif pur. Et chez notre malade, on se rend bien compte de l'effort pour se désengluier hors de ces systèmes verbaux parasites qui, visqueusement, inhibent continuellement, d'une contrainte mécaniquement stéréotypée, le développement de la parole volontaire.

Il s'y ajoute un élément important d'*hyperémotivité anxieuse* qui constitue sans doute une manifestation de cette lutte contre ces « actes forcés », contre ces systèmes verbo-moteurs préformés qui s'opposent chaque fois à la libre expression de son idéation. Et il est presque inutile d'indiquer que, loin de libérer l'expression verbale volontaire, cette hyperémotivité anxieuse

(1) GUIRAUD et CAILLEUX. — Encéphalite et palilalie. *Société clinique de Médecine mentale*, 9-7-1928.

(2) H. CLAUDE. — Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. *Paris-Médical*, 2-10-1920.

la paralysie davantage encore : véritable cercle vicieux qui aboutit alors au déclenchement d'une crise de tachyphémie accentuée ou à une inhibition totale du langage, marquée par une crise de larmes impuissantes qui marque le dénouement de ce véritable drame verbal (1).

Comme l'avait bien observé Ribot, il n'est point de pensée sans corrélation motrice concomitante. Chez notre malade, les troubles du langage ont un mécanisme psycho-moteur incontestable ; mais nous pensons qu'une atteinte de la région mésodiencephalique (région où semblent bien, précisément, être réunis les divers mécanismes régulateurs des fonctions psychomotrices) et en particulier du putamen, rend compte, de façon plus explicite que toutes les hypothèses pathologiques, de l'organicité incontestable de ces divers troubles du langage.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGOSTINI. — La palilalie chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. *Annali del Ospedale psichiatrico provinciale in Perugia*, janvier-septembre 1925.
2. ALEXANDER. — Un cas de palilalie. *Soc. belge de Neurologie*, 1^{er} août 1925.
3. H. CLAUDE. — Quelques particularités de l'état mental dans le syndrome parkinsonien. *Paris-Médical*, 2 octobre 1920.
4. H. CLAUDE et BROUSSEAU. — Troubles mentaux d'origine encéphalitique à début confusionnel avec palilalie et tachyphémie. *Soc. clinique de Médecine mentale*, mai 1922.
5. H. CLAUDE et DUPUY-DUTEMPS. — Forme céphalique du syndrome parkinsonien avec tachyphémie, troubles oculaires et sympathiques. *R.N.*, 1921, p. 716.
6. CORNIL et GEORGES. — Dysbasie trépidante du vieillard et palilalie associée. *Soc. Méd. Nancy*, juillet 1928.
7. CRISTCHLEY. — Sur la palilalie. *The journal of neurol. and psychopathol.*, juillet 1927.
8. DUPRÉ et LE SAVOUREUX. — Palilalie chez une pseudo-bulbaire. *R.N.*, 1914, I., p. 453.
9. FOIX et CHAVANY. — Palilalie syllabique. Sclérose intra-cérébrale en foyers disséminés. *R.N.*, 1926, I., p. 61.
10. FOIX et SCHULMANN. — A propos d'un cas de palilalie. *R.N.*, 1914, 15-11.
11. GIRAUD et GUIBAL. — Parkinsonisme post-encéphalitique avec palilalie et syndrome adipo-génital. *Soc. des Sc. biologiques de Montpellier et du Languedoc*, 19-2-26.
12. GUIRAUD et CAILLEUX. — Encéphalite et palilalie. *Soc. cl. de Méd. mentale*, 9-7-1928.
13. KAGANE (Dina). — Contribution à l'étude clinique de la palilalie. *Thèse Paris*, 1917.

(1) TRÉNEL et CRINON (*R.N.*, 1912, p. 676) ont présenté une pseudo-bulbaire chez laquelle l'effort volontaire pour inhiber le parler spasmodique déclenchait une crise de pleurer spasmodique.

14. LAIGNEL-LAVASTINE et BONNARD. — Palilalie chez une parkinsonienne encéphalitique. *Soc. de psychiatrie*, 15-11-1928.
15. P. MARIE et Mlle LÉVY. — Palilalie et syndrome parkinsonien par encéphalite épidémique. *R.N.*, 1922, p. 66.
16. P. MARIE et Mlle LÉVY. — Un singulier trouble de la parole, la palilalie. *Monde médical*, 1-4-1925.
17. MEIGE. — Dysphasie avec palilalie. *R.N.*, 1913, II, p. 108.
18. PAULIAN. — Palilalie au cours du parkinsonisme. *Marseille Médical*, 5 avril 1926.
19. BICK. — La palilalie comme trouble moteur d'origine striée. *Abhandlungen aus der Neurologie*, 1921, f. 13.
20. HEBIERRE. — Palilalie syllabique avec hémichorée gauche sans symptômes pyramidaux chez un gaucher. *R.N.*, 1928, II, p. 750.
21. RORDORFF et COCCHIARARO. — Un symptôme rare dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique : la palilalie. *R.N.*, 1926, I, p. 144.
22. RUBBENS. — Un cas de palilalie. *Journal de neurologie et de psychiatrie*, mai 1928.
23. SOUQUES. — Palilalie. *R.N.*, 1908, p. 340.
24. STERLING. — Palilalie et syndrome linguo-salivaire dans le parkinsonisme encéphalitique. *R.N.*, 1924, I, p. 205.
25. STERLING. — La palilalie envisagée comme symptôme parkinsonien. *Neurologia. Polska*, 1926, t. 9.
26. TRÉNEL. — Discussion. *Soc. Neur.*, 1914. *R.N.*, 1914, I, p. 453.
27. TRÉNEL et CRINON. — Palilalie chez une pseudo-bulbaire. *R.N.*, 1912, I, p. 676.
28. VOLPI-GHIRARDINI et TAROZZI. — Sur la palilalie dans les syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite léthargique. *Note e rivista di Psichiatria*, 1925, n° 2.
29. WOLFF. — Un cas d'astasia-ataxie et de palilalie à la suite d'intoxication par l'oxyde de carbone. *J. of neurol. and psychopath.*, janvier 1927.

Crises conscientes d'épilepsie bravaï-jacksonienne, syndromes parkinsonien et pseudo-bulbaire, somato-agnosie du membre supérieur gauche et anosognosie, xantochromie du liquide céphalo-rachidien, anxiété et onirisme, etc. ; ramollissements et hémorragies cérébrales successives (Présentation de pièces anatomiques), par MM. Georges PETIT et André BAUDARD.

Les crises d'épilepsie à type bravaï-jacksonien, la xantochromie du liquide céphalo-rachidien ne sont pas absolument rares au cours des processus hémorragiques de l'encéphale. Mais, à notre connaissance, il n'est pas d'exemple où ces symptômes assez particuliers se soient associés à un syndrome parkinsonien et à un syndrome pseudo-bulbaire, à de la somato-agnosie et à divers autres troubles psycho-organiques assez particuliers, comme dans l'observation de la malade dont nous présentons les pièces anatomiques à la Société.

Mme C..., née en 1856, sans profession, entre à la maison de santé le 31 mars 1931.

Rien de particulier, ni dans les antécédents héréditaires et collatéraux, ni dans les antécédents personnels, avant 1921. A cette époque, la malade, alors âgée de 65 ans, commence à devenir susceptible et irritable, parfois mélancolique et subanxieuse, avec même, parfois, quelques vagues idées de suicide. Elle se préoccupe exagérément de l'évolution d'une cataracte de l'œil gauche, accuse des céphalalgies du côté droit, se plaint sans cesse de troubles digestifs variés (aérophagie, ballonnement du ventre).

En 1927, survient un état « grippal », suivi d'une recrudescence des *céphalalgies* auxquelles s'adjoignent des *névralgies* de la face et de l'oreille d'un côté, puis des *troubles hépatiques* avec congestion du foie, douleurs de cette région, subictère.

L'état dépressif avec paroxysmes subanxieux devient plus accentué.

C'est en mai 1930 qu'apparaît la première *crise convulsive*, à type *bravais-jacksonien*, du membre supérieur gauche: pendant près d'une heure se succèdent des mouvements convulsifs de ce membre, la tête étant tournée du côté gauche. Pas de perte de connaissance pendant la crise, pas d'urination involontaire, pas d'élévation thermique. Consécutivement, on observe une légère hémiparésie gauche, un peu d'embarras de la parole et le soir, une perte de connaissance de quelques minutes. Enfin, les jours suivants, on constata des phénomènes de congestion pulmonaire avec pleurésie gauche.

En octobre de la même année, puis en novembre, et enfin le 20 décembre 1930, se produisent trois nouvelles crises convulsives, revêtant les mêmes caractères, mais cependant d'intensité progressivement décroissante.

Pendant les jours qui précèdent les crises, on note des vertiges, des absences, brèves et conscientes, quelques hallucinations aussitôt réduites, une incertitude de la marche. La malade présente également de la désorientation dans l'espace, durant les quelques heures qui précèdent les crises.

Consécutivement à la troisième crise *bravais-jacksonienne* se manifeste, les jours suivants, un *syndrome anxieux* de plus en plus accentué, avec hallucinations auditives et visuelles terrifiantes (parfois zoopsiques), qui apparaissent au crépuscule ou pendant la nuit et qui sont souvent rectifiées par la malade, des idées délirantes de persécution et d'empoisonnement (avec sitiophobie), etc... Cet état détermine une panopobie avec réactions violentes et impulsives qui nécessitent le placement de la malade en maison de santé.

Lorsque nous sommes appelés à l'observer, en mars 1931, nous notons :

Au point de vue psychique, un état dépressif accentué avec *anxiété paroxystique*, asthénie psycho-motrice, idées délirantes mélancoliques de ruine, de préjudice et de persécution, et idées de suicide,

des troubles de l'humeur et du caractère, avec irritabilité, irascibilité, impulsivité, des troubles de la mémoire, de fixation et d'évocation, de type sénile, avec tendance à la fabulation compensatrice ; de l'insomnie avec onirisme nocturne et turbulence ;

Au point de vue organique, un syndrome parkinsonien, plus accusé du côté droit, avec hypertonie, abolition des mouvements automatiques, tremblement généralisé, d'intensité variable, avec brusques secousses des doigts, mouvements d'émission et troubles marqués de l'écriture ; des séquelles d'hémi-parésie gauche, avec exagération des réflexes ostéo-tendineux, diminution de la force musculaire, maladresse, sans Babinski ; des troubles de la marche qui se fait à petits pas, avec titubation accentuée ; des crises de pleurer spasmodique. Artério-sclérose très accentuée (avec artères en tuyaux de pipe), sans hypertension. Tension artérielle (Pachon) : 13-6. Urée sanguine : 0,45. Ni sucre ni albumine dans l'urine. Liquide céphalo-rachidien clair et limpide. Tension : 22 (Claude). Albumine : 0,30. Globuline : 0. Benjoin : 00000.02210.00000. Leuco : 3. Wassermann et Meinicke négatifs.

Le 14 mai 1931, se produit une *crise convulsive tonique généralisée*, d'une durée d'un quart d'heure, les yeux demeurant ouverts, le regard fixe ; sputation, stertor, mais pas d'urination involontaire. Consécutivement, la malade conserve le sentiment qu'elle vient de traverser un état anormal.

Pendant les mois suivants, on note seulement des *algies* multiples et des alternatives de calme et d'anxiété.

En octobre 1931, la malade présente, à plusieurs reprises, des *crises de tremblement généralisé*, très accentué et sans perte de connaissance.

Puis, de nouveau, apparaissent des *crises convulsives à type bravaï-jacksonien*, qui se reproduisent, par séries, pendant deux à trois jours et parfois à deux ou trois reprises, au cours de la même journée ; elles s'accompagnent parfois de perte de connaissance et d'urination involontaire. Débutant à gauche, à la face, les convulsions restent parfois localisées à ce côté ; mais parfois elles se généralisent. On note, à différentes reprises, une légère élévation thermique : 38°-38°5. Pas de Babinski. Pas de paralysie consécutive.

D'octobre 1931 à avril 1933, la malade présente ainsi une vingtaine de ces crises. L'état mental demeure sensiblement le même ; les crises d'anxiété avec onirisme se montrent fréquentes.

En mai 1933, la malade se montre plus confuse, la parole devient plus embarrassée, la démarche plus incertaine.

Une ponction lombaire, effectuée le 24 mai, donne les résultats suivants : liquide *xanthochromique*, *hypertendu* : 60 (Claude). *Hyperalbuminose* : 0,80. Globulines +. Leuco : 13,8. Benjoin : 00000.22222.11000. Elixir parégorique : 11,1. Wassermann et Meinicke partiellement positifs. A noter une extension spontanée du gros orteil pendant la ponction lombaire, le réflexe plantaire restant en flexion.

Dans la soirée du même jour, une *hémiplegie alterne gauche* se constitue lentement, sans perte de connaissance : paralysie faciale droite très accusée, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, ptosis complet de la paupière droite, mydriase bilatérale avec réflexe photomoteur conservé, dysarthrie ; paralysie flasque des membres du côté gauche, avec hypo-réflexivité tendineuse du membre supérieur, hyper-réflexivité du membre inférieur avec accentuation des réflexes de défense et Babinski positif. Les réflexes cutanés abdominaux, d'abord très vifs, s'abolissent.

Le lendemain, les mêmes signes persistent, mais l'on note une remarquable *somato-agnosie* du membre supérieur gauche, la sensibilité de ce membre étant conservée : la malade ne reconnaît pas comme sien le membre supérieur gauche ; lorsqu'elle prend dans sa main droite valide sa main gauche paralysée, elle affirme que cette main n'est pas la sienne, mais la main d'une autre prsonne, celle du médecin qui se trouve près d'elle ; d'autre part, la malade affirme également que sa main gauche n'est pas paralysée (anosognosie).

Le 26 mai, se constitue une *paralysie faciale gauche*.

Enfin, on note au début de juin, une *sous-maxillite* purulente bilatérale.

Néanmoins, sous l'influence, semble-t-il, d'un traitement par l'acétylcholine et l'auto-hémothérapie, une amélioration notable de l'état physique et mental se produit pendant trois semaines.

Mais le 30 juin, surviennent, à nouveau, plusieurs *crises convulsives toniques*, avec température progressivement croissante : 38°, puis 39°, et enfin 40°. L'urée sanguine est de 2 gr. 15. La malade entre dans le coma et décède le 3 juillet.

EXAMEN ANATOMIQUE (1). — Hyperhémie générale de tout l'encéphale.

Hémisphère droit. — Au niveau de la région fronto-pariétale droite, la dure-mère, adhérente, est enduite intérieurement de sang gluant, couleur rouille. Cette couleur rouille se retrouve sur la face externe de la pie-mère, tout le long de la scissure de Rolando, jusqu'à trois centimètres, environ, de la scissure interhémisphérique.

Sur les coupes vertico-transversales, on note :

1° un petit foyer de ramollissement à l'extrémité antérieure de la corne frontale du ventricule latéral ;

2° un vaste foyer d'hémorragie occupant la partie moyenne de la frontale ascendante, s'étendant en profondeur sous la partie moyenne de la pariétale ascendante et sous la première et deuxième pariétales. A la partie antérieure, on note la présence de pigment roussâtre (hémorragie ancienne), tandis qu'à la partie postérieure, il s'agit d'un caillot récent. Le caillot roux, extravasé entre la pie-mère et la

(1) Nous remercions M. le Dr Marchand des précieux avis qu'il a bien voulu nous donner lors de l'examen des pièces anatomiques.

dure-mère, dans l'espace sous-arachnoïdien, paraît contemporain de l'hémorragie ancienne occupant la partie moyenne de la frontale ascendante, car le caillot rouille, séquelle de l'épanchement méningé, est de même couleur que le sang extravasé dans le tissu cérébral ;

3° de très fines lésions du putamen.

Hémisphère gauche. — 1° Etat criblé du putamen, les lésions s'étendant vers le pédoncule.

2° Petit foyer de ramollissement (grain de mil) à la partie externe de la corne occipitale du ventricule latéral.

3° Petit foyer hémorragique au niveau de la scissure calcarine.

Protubérance : Petit foyer hémorragique dans le tiers supérieur du côté droit, à la partie antérieure et externe, au voisinage de la voie pyramidale.

— Athérome des artères de la base.

— Pas de granulations du plancher du 4° ventricule.

— Rien dans le cervelet.

Cœur : Petit, gras. Athérome de la mitrale.

Aorte : Petites plaques d'athérome dans la région de la crosse.

Poumons : Congestionnés, broncho-pneumonie gauche.

Foie : Petit, brun.

Reins : Petits, mous.

En résumé, chez une femme décédée à l'âge de 77 ans, se manifestent, à l'âge de 73 ans, après une longue période d'anxiété, d'une durée de près de dix ans, accompagnée de troubles digestifs et hépatiques, de céphalalgies et de névralgies faciales du côté droit, des crises convulsives à type bravais-jacksonien du membre supérieur gauche et de la face, d'abord conscientes, puis s'accompagnant ultérieurement quelquefois de perte de connaissance. Parallèlement, on pouvait noter un syndrome parkinsonien généralisé, plus accentué du côté gauche, des troubles de la série pseudo-bulbaire, avec hémiparésie gauche, des signes d'artério-sclérose généralisée qui inclinaient le diagnostic vers l'hypothèse d'une artério-sclérose cérébrale avec foyers multiples de ramollissement. A la fin de l'évolution de ce processus pathologique, la constatation d'une xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, qui n'avait pas été décelée par la première ponction lombaire, indiquait l'existence d'un processus hémorragique que l'autopsie permettait d'ailleurs de confirmer, mais avec une intensité et des modalités particulières que l'évolution clinique ne permettait pas de prévoir.

Il nous paraît également intéressant de noter, outre la somatognosie du membre supérieur gauche avec anosognosie, présentées par la malade, après une hémiplégie alterne survenue six semaines avant son décès :

1° La longue durée (près de dix années) de la période ayant précédée les crises convulsives et durant laquelle un état sub-anxieux, avec troubles dits « hypocondriaques », dominait le tableau clinique ;

2° L'aggravation ou la réactivation, de type infectieux, du processus pathologique consécutivement à un état grippal ou pseudo-grippal qui s'accompagna de céphalalgies violentes et fut suivi d'accidents hépatiques ;

3° L'évolution longue, torpide et relativement bénigne, pendant près de trois ans, d'un processus hémorragique récidivant, au cours duquel il n'est pas commun d'observer une symptomatologie aussi peu brutale : hémorragies sans ictus, manifestées seulement par des crises bravais-jacksoniennes. A la fin, le foyer hémorragique organisé se comportait comme une tumeur corticale ; et, sans la notion de l'évolution si particulière de la maladie, sans les constatations négatives des résultats de la première ponction lombaire (pas d'hypertension, pas d'albumine, etc...), on aurait pu songer à un méningiome angiomateux ou à un gliome, générateur de ces crises épileptiformes localisées ;

4° Enfin, la gravité soudaine des dernières hémorragies, produites, presque simultanément, dans la protubérance et le cortex.

Cachexie progressive par lésion infundibulo-tubérienne (maladie de Simmonds), par MM. L. MARCHAND et R. DUPOUY.

Dans la maladie de Simmonds ou cachexie progressive, on incrimine tantôt les troubles hypophysaires, tantôt des altérations des parois du troisième ventricule. La plupart des cas de cette affection ont été observés chez des sujets atteints de tumeur de la région tubérienne et il est alors difficile de faire la part des symptômes relevant de la compression de l'hypophyse et de ceux relevant de la lésion de la région infundibulaire.

Les constatations anatomo-pathologiques que nous avons pu faire à propos du cas suivant nous paraissent devoir apporter quelque contribution à la pathogénie de cette rare affection.

Ri..., Octavie, âgée de 56 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 27 mars 1930. Elle nous est adressée de la Salpêtrière pour une crise de mélancolie.

D'après les renseignements fournis par le mari, elle aurait fait, à 2 ou 3 reprises antérieures, des crises de légère dépression. Celles-ci auraient débuté en novembre 1929, à la suite d'une grippe et d'une forte émotion occasionnée par un feu de cheminée. La convalescence de la

grippe avait été très longue; elle se sentait fatiguée, asthénique, n'avait pas la force de marcher, éprouvait des sensations d'étouffement, de brûlures thoraciques, d'étranglement. Son moral était fortement atteint, Elle avait peur de rester seule dans la chambre où sa fille était morte 4 ans auparavant, elle éprouvait un dégoût de la vie qui allait croissant, elle n'avait plus soin de sa personne et devenait malpropre; enfin, sa dyscénesthésie et ses tendances hypocondriaques la portaient à délirer, elle en arrivait à prétendre que les gaz qu'elle rendait par la bouche lui remontaient à la gorge depuis la matrice. Elle présentait, en outre, de la pollakiurie. Ménopause remontant à plusieurs années.

Ses antécédents héréditaires sont nuls au point de vue mental. Mais en ce qui la concerne, il faut noter qu'elle fut atteinte, à 13 ans, d'une fièvre typhoïde qui modifia nettement son caractère; elle devint, consécutivement à cette affection, particulièrement nerveuse et irritable. Mariée, elle fit un fausse couche et eut 2 enfants: l'un vivant et bien portant, âgé de 34 ans; l'autre, une fille, morte de tuberculose.

Dans le service, elle est déprimée, triste, refuse de s'alimenter. Le médecin qui lui donnait des soins à son domicile mentionne d'ailleurs, sur un certificat, qu'en 5 ou 6 mois, elle a maigri de 15 kilos, par suite de ses privations alimentaires fréquentes. Elle pèse à l'entrée 41 kg. 500. Les examens humoraux (sang, liquide céphalo-rachidien) ne présentent rien d'anormal. (Urée sanguine: 0,44). Traces de sucre dans les urines. Aucun signe de tuberculose pulmonaire. Pas de troubles oculaires. Elle quitte l'Hôpital le 8 avril 1930, reprise par son mari.

Elle rentre à l'Hôpital le 21 février 1931. L'un de nous, qui la reçoit, la certifie ainsi: « Etat mélancolique avec involution dementielle probable surajoutée. Inertie. Mutisme. Opposition. Anxiété. Refus d'aliments. Emaciation extrême. »

Examen du liquide céphalo-rachidien. — Albumine: 0,20. Pandy: 0. Weichbrodt: 0. Leuco: 0,2. Benjoin: 00000.02000.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Sang. — Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatifs. Réserve alcaline normale (59,98).

Urine. — Ni sucre, ni albumine. Trace d'urobiline; le volume des urines ne peut être apprécié à cause du gâtisme.

R... manifeste de la résistance aux soins et à l'alimentation, ne parle pas, gâte au lit, se montre anxieuse par intervalles, cherchant à se lever et à courir dans le dortoir. Elle finit cependant par accepter la nourriture et par s'alimenter normalement. L'émaciation, malgré cela, progresse: atrophie complète des seins, ventre excavé, corps squelettique, peau jaunâtre. Des escarres apparaissent.

On ne constate aucun déficit thyroïdien; pas de lésions des phanères, pas de frilosité, le pouls est normal. Le corps thyroïde n'est pas apparent. D'ailleurs, l'épreuve de Claude, Baudouin et Porak, pratiquée le 14 novembre 1931, se traduit par des modifications normales: légère accélération du pouls, de 72 à 81 pulsations, avec augmentation de la tension artérielle (12/9,5; — puis 13/8,5 au Vaquez), après

injection de 0 gr. 25 d'extrait hypophysaire. Malgré une insulinothérapie active, le poids diminue ; de 31 kg. en mars 1931, il tombe à 22 kg. le 30 octobre 1931 ; la température s'abaisse et oscille généralement entre 35°5 et 36°. La malade devient somnolente et ne peut plus se tenir debout. Cet effondrement régulier du poids, malgré une alimentation très suffisante, nous fait penser à une désassimilation par lésion hypophysaire. La radiographie du crâne, que nous demandons, nous montre seulement une exigüité de la selle turcique.

La malade, tout en continuant de s'alimenter, s'affaiblit de plus en plus et décède le 16 janvier 1932. La température, au moment de la mort, est de 33°. C'est un véritable squelette que l'on transporte à la salle d'autopsie.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — *Encéphale*. Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne. Adhérences de la pie-mère au cortex. Ventricules latéraux légèrement dilatés. Pas d'athérome des artères de la base. Pas de granulation du plancher du quatrième ventricule. Sur les coupes vertico-transversales, aucune lésion localisée.

L'hémisphère droit pèse 490 gr., le gauche 480 gr. Le cervelet et le bulbe 150 gr. L'hypophyse est de volume normal.

Organes. — Tous les organes sont atrophiés.

Poumon droit : 210 gr. ; poumon gauche : 200 gr. ; pas de congestion ; pas de lésions tuberculeuses.

Cœur : 120 gr. Muscle normal, léger athérome aortique.

Foie : 590 gr., apparence normale.

Reins : le droit pèse 65 gr. ; le gauche 80 gr.

L'examen de l'estomac, de l'intestin, des glandes surrénales, des ovaires ne décèle rien de particulier.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Encéphale*. Pie-mère adhérent intimement au cortex par places ; elle est très mince.

Altérations profondes de toutes les cellules pyramidales. Corps atrophié. Disparition des granulations chromophiles ; le cytoplasma est granuleux et spongieux ; il prend à peine les colorants électifs. Noyau également très réduit et accolé sur le bord de la cellule. Les cellules de Betz ont perdu leur forme pyramidale ; elles sont parfois pigmentées. Le corps de certaines cellules est très réduit et granuleux ; d'autres, au contraire, ont leur corps boursoufflé et sont dépourvues de noyau ; leur cytoplasma est à peine uniformément teinté au Nissl.

La névroglie et la microglie paraissent normales.

Dans la substance blanche, nombreux capillaires sont bordées de cellules rondes accolées les unes aux autres. Mêmes lésions autour de quelques veinules. Parmi les cellules rondes, nombreux corps granuleux bourrés de pigment.

Dans les noyaux caudés et les putamen, lésions accusées des cellules nerveuses. Pas de lésions vasculaires. Épithélium ventriculaire normal.

La région infundibulaire, en raison de l'état cachectique de la malade, a été l'objet d'un examen particulier. Les lésions cellulaires,

comme dans les autres parties de l'encéphale, sont profondes. Les cellules les moins atteintes, et qui sont le plus petit nombre, ont un aspect granuleux et présentent une zone pigmentée. Leur noyau, très atrophié, reste coloré au Nissl, avec des limites floues qui se confondent avec le cytoplasma. La plupart des autres cellules sont en voie de désintégration ; leurs corps cellulaires sont à peine teintés ; leur noyau est disparu ; il ne reste plus, par endroits, qu'une petite masse granuleuse informe.

Les cellules microgliales ont proliféré et renferment parfois plusieurs noyaux ; certaines sont peu ramifiées, mais leurs prolongements

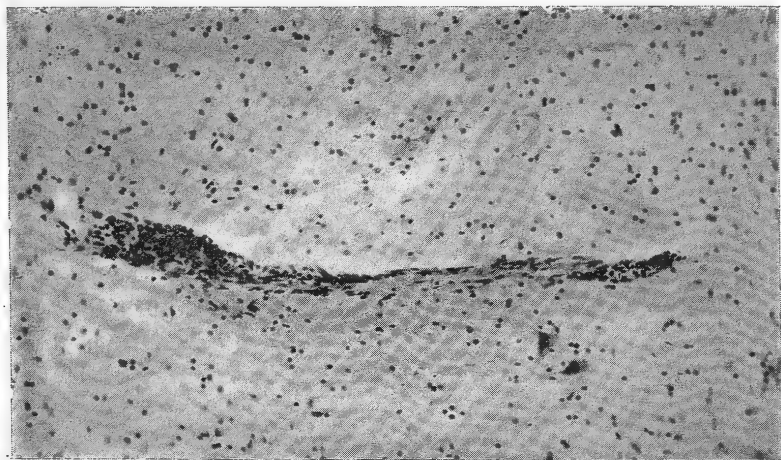


FIG. 1. — Infundibulum. Réaction lymphoïde et corps granuleux périveineux. Lésions atrophiques des cellules nerveuses. Méthode de Nissl. Microph. D = 115.

sont épais. Les microglies sont disséminés dans le tissu nerveux sans prédominance périvasculaire ou péricellulaire. Nombreux prolongements se terminent en pince de homard autour d'une cellule oligodendrogliale.

Les cellules névrogiales ont peu proliféré.

Les vaisseaux sont atteints de périvascularite, lésions qu'on ne retrouve pas avec la même intensité dans les autres régions de l'encéphale. La réaction lymphoïde est principalement accusée autour des veinules, dont les parois sont par places entourées d'un gros manchon de cellules plasmatiques tassées les unes contre les autres et au milieu desquelles on observe de nombreux corps granuleux bourrés de pigment (fig. 1). Le tissu nerveux autour des vaisseaux atteints est raréfié et les mailles semblent remplies par un liquide d'œdème. Les lésions vasculaires sont principalement accusées dans la paroi du 3^e ventricule située au-dessus et en avant des tubercules mamillaires.

Le cervelet est normal. Les cellules de Purkinje ne présentent aucune lésion.

Les cellules du bulbe, et principalement celles des olives, sont très altérées. Pas de lésion vasculaire ; aucune dégénérescence cordonale.

Hypophyse. — Aucune lésion du lobe glandulaire. Les cellules chromophiles sont très nombreuses par rapport aux chromophobes. A noter que parmi les cellules chromophiles, les basophiles sont les plus nombreuses. Quelques acini renferment de la matière colloïde. Stroma normal.

Organes. — Foie : aucune lésion. Dilatation des veines sus-hépatiques et des veines portes. Pas de sclérose ; aucune dégénérescence graisseuse.

Les reins ont une structure normale.

Dans la rate, pas d'autres lésions que la présence de nombreux amas pigmentaires dans la pulpe rouge.

Pancréas normal ; îlots de Langerhans très nombreux.

Dans les ovaires, nombreux petits kystes folliculaires microscopiques. Epithélium germinatif normal. Absence de follicules de de Graaf. Nombreux vestiges de corps jaunes.

Les glandes surrénales ne présentent aucune lésion.

En résumé, à la suite d'une grippe, une femme, à l'âge de 56 ans, est atteinte d'asthénie, de troubles dyscénesthésiques, d'idées hypocondriaques, de dépression mentale. Outre une légère glycosurie, de la pollakiurie, une hypothermie continue, de l'hypotension, des phases de somnolence, on constate, malgré une alimentation suffisante, un amaigrissement progressif (22 kg.) sans aucun symptôme organique décelable. La malade meurt à l'âge de 60 ans.

A l'autopsie, on ne relève ni tumeur cérébrale, ni lésions des principaux organes. L'examen histologique de l'encéphale décèle, outre une atrophie généralisée des cellules nerveuses, des lésions inflammatoires prédominant au niveau de la région infundibulo-tubérienne. L'hypophyse ne présente aucune altération.

La cachexie de cette malade nous paraît devoir être attribuée aux lésions nerveuses et en particulier à l'encéphalite de la région infundibulaire. Nous pensons pouvoir éliminer une insuffisance surrénale ou thyroïdienne dont on ne nota aucun symptôme clinique. De plus, l'examen histologique ne montra aucune lésion des glandes surrénales.

Comme cause de cette encéphalite à localisation dominante dans les parois du troisième ventricule, nous pensons qu'on peut attribuer un rôle important à l'infection grippale qui marqua le début du syndrome.

Psychasthénie grave avec troubles labyrinthiques chez un basedowien, par MM. H. PICHARD et AMOUR F. LIBER (*Travail de l'Hôpital Henri-Rousselle*).

La part des troubles labyrinthiques dans la genèse des symptômes psychopathiques a fait l'objet récemment d'une étude approfondie de Schilder (1). Cet auteur insiste sur le rôle des intoxications et pense que les symptômes psychiques d'origine toxique doivent leurs particularités en grande partie au cachet que leur imprime le désordre de l'appareil vestibulaire. D'autre part, parmi tous les sens spéciaux, le sens labyrinthique a une place privilégiée dans la pathogénie des troubles de la personnalité.

Le cas de M. P... est très démonstratif de la thèse de Schilder.

Le malade, âgé de 42 ans, a toujours été un « nerveux » ; hyperémotif, instable, manquant de confiance en lui-même et surtout *anxieux*. Mais, pendant longtemps, ces infirmités ne furent pas incompatibles avec une adaptation sociale suffisante. Le malade s'entendait bien avec son entourage, travaillait régulièrement comme comptable et s'était même fait une bonne situation.

Vers 1925, apparaissent progressivement des symptômes qui vont aboutir, par une succession de poussées évolutives, à une décompensation grave. Il s'agit, d'une part, de troubles *psychiques*, d'autre part, de désordres *sensitivo-moteurs*.

Remarquons que, si nous imposons aux faits cette classification pour la logique de l'exposition, pour le malade les deux ordres de troubles font un tout indivis.

Les troubles *psychiques* consistent d'abord en *phobies*, dont la première en date, et pendant longtemps la plus constante, est l'*agoraphobie*, qui occasionne de graves inconvénients. En effet, dans la ville d'Algérie où M. P. habite, il est obligé de traverser à pied chaque jour plusieurs rues, places, passerelles étroites sur des ravins — autant de lieux d'épouvante. Aux passerelles, en particulier, se produisent des hésitations sans fin, car à l'agoraphobie s'ajoute la crainte de l'abîme. Il arrive au malade d'être incapable de franchir le milieu de la passerelle et même d'être obligé de s'allonger par terre.

A ces phobies de l'espace vide s'ajoutent bientôt d'autres, parasites, plus ou moins conditionnées par les premières et en rapport avec des sentiments d'insuffisance et de honte : crainte d'être en retard, de se rendre ridicule, d'attirer l'attention des passants, crainte d'être malade, etc. Comme toujours chez le psychasthénique, ces multiples phobies ne font que rendre plus impérieux les actes qui leur donnent

(1) *Journ. of. Nerv. and Ment. Dis.*, tome 78, pp. 1-23 et 136-164, 1933.

lieu. La lutte intérieure devient de plus en plus inefficace. Dans une période d'asystolie, le malade finit par céder complètement à ses phobies, reste chambré pendant des semaines entières. En même temps, il devient exigeant, irritable, hargneux, instable, ne supporte pas la moindre critique — critique que sa femme ne manque pas de lui prodiguer, en le traitant de fainéant, etc. Inutile de dire que le travail devient impossible et que l'entente conjugale est des plus tendues.

Les troubles psychiques que nous venons d'esquisser sont, semble-t-il, toujours accompagnés de troubles *sensitivo-moteurs*. Ce sont d'abord des *vertiges*, provoqués précisément par l'espace, l'abîme, mais apparaissant quelquefois spontanément. Le sol semble se dérober, se soulever ou s'incliner. En même temps, il y a des nausées ; des *sifflements* aigus d'oreille qui paraissent *rythmés* comme le pouls ; une sensation de *congestion céphalique* et, souvent, des *palpitations*. Il n'y a jamais de perte de connaissance ni de véritable chute, mais le malade *titube* et c'est à l'acmé du vertige qu'il éprouve l'obligation de s'allonger. Le tout dure de quelques secondes à deux ou trois heures.

Au cours des vertiges ou à d'autres moments, il y a des *latéro-pulsions*, toujours vers le côté gauche.

L'ensemble des troubles psychiques et sensitivo-moteurs évolue en deux périodes. Dans une première période, l'agoraphobie et les vertiges dominant le tableau et se produisent par une série de poussées qui, d'une durée de quelques jours, à des intervalles prolongés, s'allongent, se rapprochent et s'intensifient jusqu'à devenir subintrantes vers 1931.

Dans une deuxième période, qui débute en 1932, agoraphobie et vertiges s'atténuent et disparaissent ; les acouphènes persistent. L'irritabilité, l'instabilité extrême, l'anxiété diffuse s'aggravent.

Le malade consulte plusieurs médecins et vient à Paris pour se faire soigner. Divers traitements : sédatifs, massage, culture physique, cures thermales, psychothérapie, psychanalyse, réflexothérapie endonasale sont inefficaces.

Le 15 novembre 1933, le malade est admis au Centre de Prophylaxie Mentale. Là, il semble incapable de parler ou de penser à autre chose qu'à son mal. Il ne supporte aucun des traitements symptomatiques qu'on lui fait, réclame constamment des changements de traitements et de médecins, de nouveaux examens, qu'il rend d'ailleurs très difficiles à exécuter à cause de son anxiété intense. Très instable, il fait trois séjours à l'hôpital, intercalés avec des essais de différentes thérapies plus ou moins coûteuses, entre autres un voyage à Aix-les-Bains.

A l'examen, on est immédiatement frappé par une *exophtalmie*. Le pouls est *rapide* et *instable*, variant de 85 à 110. La température a toujours été normale. Le *corps thyroïde* est le siège d'une tuméfaction diffuse et discrète, mais facile à observer à cause de la *maigreur* du malade.

Le diagnostic de *maladie de Basedow* s'impose. Il ne manque que le tremblement. Le *métabolisme basal* est augmenté de 48,2 0/0 (M. Delaville).

Par ailleurs, on constate du *subictère* qui est rebelle au régime lacto-végétarien et aux cholagogues habituels (magnésie, extrait de bile, etc.). Le *foie* est gros, son bord inférieur, un peu douloureux au palper, dépasse les fausses côtes de 4 cm. sur la ligne mamelonnaire. La *rate* est percutable dans les 7°, 8°, 9° et 10° espaces. Il n'y a pas d'ascite ni d'œdème.

Le *cœur* est impulsif, mais sans bruit surajouté. Pas de signes de décompensation. La tension artérielle est de 14-8 1/2 (Vaquez), les artères sont souples.

L'examen *neurologique* complet ne révèle rien de pathologique. En particulier, les épreuves de Romberg et de Fournier ne provoquent pas de dysstasie. Il n'y a pas de signes cérébelleux.

L'examen *oculaire* est normal, en dehors de l'exophtalmie (Dr Lagarde).

L'examen *labyrinthique* (épreuve calorique avec 10 cc. d'eau à 27°) est répété deux fois à quinze jours d'intervalle. Les deux oreilles se montrent fortement *hypoexcitables*, la droite presque entièrement inexcitable, la réaction vertigineuse faisant défaut à droite (Dr Labarraque). Le sens de l'ouïe est intact. En l'absence de tout signe de localisation encéphalique, il s'agit vraisemblablement d'un trouble de l'appareil labyrinthique périphérique.

Les urines ne contiennent aucun élément anormal (albumine, sucre, acétone, etc.). L'urée sanguine est de 0 gr. 36 par litre. Les réactions de Wassermann, de Meinicke, Kahn, sont négatives dans le sang. On ne trouve pas de parasites dans les selles, même après une purgation (Mlle Salamon), mais la présence de fibres musculaires en grand nombre témoigne de l'insuffisance de la protéolyse digestive.

Dans les *antécédents* du malade, on note une broncho-pneumonie à 21 ans ; de l'alcoolisme périodique de 1920 à 1929, depuis quelle année le malade aurait été complètement abstinent ; récemment, en 1932-1933, plusieurs crises *dysentériques* suivies d'alternatives de constipation et de diarrhée, lesquelles persistent toujours.

Devant le syndrome dysthyroïdien qui domine le tableau, nous avons entrepris un traitement au Lugol, que le malade n'a pas suivi. Le 13 mars 1934, M. P. a quitté l'Hôpital pour la dernière fois, et nous l'avons perdu de vue.

En résumé, chez un sujet adulte, manifestement prédisposé à la psychasthénie, mais jusque-là adapté, apparaît une agoraphobie dont l'évolution est intimement liée à celle d'un syndrome d'excitation labyrinthique. Les deux disparaissent en même temps, laissant un résidu de troubles graves du caractère. L'examen montre une maladie de Basedow, une spléno-hépatomégalie de cause indéterminée et une hypoexcitabilité labyrinthique.

Nous voulons insister particulièrement sur l'existence de *multiples causes d'intoxication*, endo et exogènes : alcoolisme, dysthyroïdie, insuffisance hépatique, troubles intestinaux. Le déficit labyrinthique actuel cadre bien avec ce que nous savons de la plupart des affections chroniques — inflammatoires ou vasculaires — de l'oreille interne, lesquelles, après une période d'excitation, aboutissent à une destruction partielle ou complète de l'appareil sensoriel, destruction limitée, dans notre cas, à la fonction d'équilibration. Les troubles de l'émotivité ont continué à évoluer, ou tout au moins ont persisté, une fois que l'affection labyrinthique s'est éteinte, les deux étant vraisemblablement liés à la dysthyroïdie et la dyshépatie, sinon aux causes de celles-ci.

Enfin, le parallélisme entre l'*agoraphobie* et les *vertiges* est réellement frappant. On peut se demander si, chez certains prédisposés à la psychasthénie, l'agoraphobie n'est pas une *manifestation de désordre labyrinthique* ?

Syndrome des sclérotiques bleues chez une aliénée,
par MM. MAUCLAIRE, X. ABÉLY et NODET.

Nous avons cru intéressant de vous présenter un nouveau cas d'un syndrome fort rare : le syndrome des sclérotiques bleues, observé ici chez une aliénée.

Au point de vue psychique, notre malade n'offre pas de particularités bien remarquables. Elle a été internée en 1932 pour un état confusionnel avec agitation, survenu à la suite d'une fausse couche. Cette confusion a évolué vers un état chronique assez comparable à un syndrome de Korsakoff, avec amnésie de fixation, désorientation, fabulation, idées de grandeur et de persécution pauvres et variables, mobilité de l'humeur. Au point de vue neurologique, on peut noter la vivacité des réflexes rotuliens, de l'amyotrophie des membres inférieurs ; une légère hyperesthésie des mollets ; un nystagmus peu marqué. La malade n'a pas d'antécédents alcooliques.

L'intérêt de l'observation porte sur la présence d'un syndrome physique dont on nous permettra de rappeler d'abord les éléments essentiels : 1° troubles du développement ostéoarticulaire, d'où gracilité et fragilité des os, laxité des articulations ; 2° coloration bleu-ardoise des sclérotiques ; 3° accessoirement, hypoacousie. Appert a appelé les sujets qui en sont atteints « les hommes de verre ». Ce syndrome, qui fut individualisé par Van der Hoeve, englobait la fragilité osseuse de Lobstein ; mais elle

comportait des troubles osseux plus étendus; les os sont d'un diamètre très réduit et ordinairement infléchis; les déformations s'étendent à la boîte crânienne (la voûte est basse, les temporaux saillants, d'où le nom de « crâne à rebord »). La coloration des sclérotiques serait due à la minceur de cette membrane, laissant voir par transparence les pigments rétinien noirs. Eddwer a enfin montré le caractère familial et héréditaire de cette affection. La plupart des auteurs admettent que la maladie de Van der Hoeve relève d'une insuffisance de développement du mésenchyme primitif; seuls sont atteints, en effet, les tissus de ce mésenchyme: squelette, ligaments, muscles et sclérotique.

Notre malade présente les signes essentiels de cette curieuse affection, à l'exception de l'hypoacousie, qui est d'ailleurs le symptôme le moins constant.

Comme tous ces malades, elle est d'aspect malingre; elle mesure 1 m. de taille et pèse 45 kilos.

Les sclérotiques ont une teinte bleu ardoisé très nette, plus foncée dans la partie centrale.

Le système ostéoarticulaire présente des troubles importants que vient confirmer la radiographie. La voûte crânienne est aplatie, l'occiput saillant; les régions temporales proéminent en dehors et réalisent le crâne à rebord. La radiographie des tibias et des péronés les font apparaître grêles et souligne leur courbe anormale. Il n'y a pas de modification appréciable de leur perméabilité aux rayons X. La malade présente de plus les traces d'une fracture du coude gauche, qui a laissé une limitation de l'extension et de la flexion, et surtout une grosse déformation de l'extrémité inférieure de l'humérus. On observe enfin une luxation des deux hanches, en partie compensée par une forte ensellure lombaire. La radiographie révèle, outre les lésions classiques des luxations congénitales, des ischions très déformés et aplatis. Notons encore que la calcémie est normale.

Cette maladie est bien familiale et héréditaire, car le père et les deux frères de la malade ont également « le blanc des yeux bleu », selon l'expression d'un autre parent.

On donne, comme cause possible de ce défaut de développement du mésenchyme, soit la syphilis, soit l'insuffisance glandulaire sans préciser. Or, chez notre malade, les réactions spécifiques sont toutes négatives. L'interferomètre n'indique aucun trouble fonctionnel appréciable des glandes endocrines. Le corps thyroïde est normal. La malade est bien réglée.

La maladie de Van der Hoeve est rare. On ne trouve, dans la

littérature médicale, qu'une cinquantaine de cas. Elle a été plus rarement encore observée chez des aliénés. Les troubles mentaux signalés sont très disparates. Laigner rapporte, dans sa thèse, un cas avec anxiété et idées de suicide. Fuselle, en 1930, parle d'infantilisme chez son malade et Sawenport, l'année suivante, note l'intelligence déficiente de son sujet. La thèse de Wovaa (Montpellier 1933) relate un cas de schizophrénie.

Y a-t-il quelque rapprochement à faire entre l'état mental de notre malade et le syndrome physique ? Nous croyons simplement que, comme dans la grande classe des maladies familiales, il y a, chez ses sujets, une prédisposition aux troubles mentaux et à l'évolution grave de ces troubles.

Excitation psychique et hyperhypo-physie,

par MM. X. et P. ABÉLY et NODÉT.

Par l'observation suivante, nous désirons apporter un document clinique à l'étude que nous poursuivons depuis quelque temps, des rapports entre la fonction hypophysaire et l'excitation psychique.

Les troubles mentaux ont débuté chez notre malade à l'âge de 51 ans. Elle n'était plus réglée depuis l'âge de 45 ans. Le premier signe pathologique fut un diabète typique avec glycosurie, polyurie, polydypsie, polyphagie. Ce diabète s'est accompagné d'abord d'un état dépressif : Mme C. déclare perdre la tête, n'avoir plus de mémoire. Elle désire mourir et tente d'avaloir de l'eau de Javel. Très rapidement apparaît un délire fait surtout d'interprétations des divers symptômes du diabète et des sensations cénesthésiques qu'il provoque : névralgies diverses; douleurs abdominales, mauvais goût dans la bouche, prurit vulvaire, début de polynévrite. Ces sensations sont attribuées à des actions malveillantes extérieures et intérieures, qui se concrétisent sous la forme d'un délire de persécution physique et surtout d'un délire de zoopathie interne : les malaises proviennent de la présence dans diverses parties du corps d'animaux variés : chiens, chats, microbes extraordinaires. Des hallucinations auditives apparaissent, mais il semble bien que beaucoup de ces phénomènes auditifs se réduisent à des interprétations. Fait intéressant : à la suite d'une infection intercurrente (une fièvre typhoïde), on constate la disparition de la glycosurie et aussi de toutes les interprétations délirantes. Mais bientôt ces symptômes reparaissent. Le Professeur Laignel-Lavastine, qui a eu cette malade dans son service de la Pitié, l'a présentée à la Société de Psychiatrie en 1926. Il insiste sur « le parallélisme entre

l'intensité du diabète et celle des idées délirantes et particulièrement des interprétations ».

La maladie évolue. Des signes plus nettement encéphaliques se montrent. Ce sont surtout des lourdeurs et des douleurs craniennes. La malade appelle ces algies qui lui semblent étranges « des douleurs céphalées ». Elle interprète aussitôt ces troubles : « Les chiens, dit-elles, sont montés dans la tête. » « C'est le cri du chien dans le crâne ; il ronronne comme une automobile. »

Elle parle aussi de vilebrequin. Autre phénomène curieux : la tonalité de sa voix change et elle déclare que son voisin « lui donne sa voix ». Finalement, elle est internée, et après court séjour à Ville-Evrard, elle est transférée à Villejuif, dans le service du Dr Marchand. Ce dernier signale pour la première fois l'apparition d'un syndrome acromégalique fruste. Il note de plus, dès lors, des périodes d'excitation. La glycosurie est intermittente ; mais un diabète insipide persiste. Il n'y a pas de signes neurologiques objectifs bien appréciables, sauf une diminution des réflexes rotuliens et achilléens. La malade accuse quelques troubles de la vue. M. Marchand pense à une tumeur cérébrale. La radiographie montre une déformation de la selle turcique sans élargissement marqué. La tension du liquide céphalo-rachidien, prise avec le manomètre de Claude, est de 30 en position couchée. L'examen de laboratoire donne 0 gr. 50 d'albumine et aucun élément cytologique ; il y a donc une dissociation albumino-cytologique. En même temps, la malade présente des phases d'agitation considérable avec logorrhée incohérente, agressivité et violences. Ces périodes d'agitation s'accompagnent de céphalées intenses. Dans ses périodes de calme, la malade explique que ce sont ces douleurs qui la font devenir folle : « C'est comme un étau qui lui serre le crâne ; quand il se relâche, c'est comme une sonnette avec des cris de chien et des ronronnements. » Il y a donc un parallélisme certain entre les phases d'agitation et les poussées, les exacerbations du processus neurologique intracranien. Ces périodes d'agitation, d'abord rares, deviennent de plus en plus fréquentes. Peu à peu, l'excitation psychomotrice se montre continue. En même temps, le syndrome diabétique et le syndrome acromégalique ont subi une évolution notable ; actuellement, l'état est le suivant :

Le syndrome acromégalique, tout en demeurant assez discret, est nettement appréciable. Le massif facial est augmenté de volume. La langue s'étale en largeur. Les mains sont cubiques, les doigts boudinés. Les pieds sont également épaissis. La voix est devenue rauque, masculine.

La glycosurie, d'abord intermittente, est devenue permanente. Elle atteint des taux considérables : elle varie entre 40 gr. et 50 gr. par litre, et entre 200 gr. et 300 gr. par 24 h. (au début, la glycosurie n'allait pas au-delà de 60 gr. par 24 h.). La glycémie, qui était de 1 gr. 39 en mars dernier, était récemment de 2 gr. 37 et, ces derniers jours, de 2 gr. 62. L'insuline, même à doses élevées, est sans action

sur cette glycosurie. Les injections d'hypophyse paraissent avoir un effet plutôt défavorable.

Une radiographie récente montre une déformation et un élargissement plus net de la selle turcique, qu'il y a 7 ans. L'interférométrie, par contre, n'a pas donné de notion précise sur le fonctionnement hypophysaire.

L'état mental est actuellement celui de la manie, et l'agitation est permanente. La malade est le plus souvent grossière, coléreuse, violente même. Elle a une logorrhée incessante. Parfois, elle se montre ironique, caustique ; son vocabulaire est très imagé ; elle affuble le personnel de noms variés. L'intelligence est intacte ; la mémoire excellente. Les idées anciennes de persécution et de zoopathie persistent, mais il faut en provoquer la réapparition. Ces idées se sont d'ailleurs estompées. Il est curieux de remarquer que, malgré cette agitation et cette glycosurie, la malade n'a pas sensiblement maigri.

En somme, cette observation montre l'association d'un état d'excitation psychomotrice très marquée avec un syndrome glycosurique et acromégalique qui peut très certainement être attribué à une hyperplasie hypophysaire. Plusieurs auteurs (Brunet, Joffroy et Roubinovitch, Certan et Halberstad) ont publié des cas d'acromégalias coïncidant avec des états de dépression et d'excitation. Notre cas nous paraît particulièrement démonstratif parce que nous voyons ici le syndrome endocrinien et le syndrome mental suivre, dans leur évolution et dans leurs variations d'intensité, un strict parallélisme, indice d'une même lésion.

Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire,
(*Préparations histologiques*), par MM. X. et P. ABÉLY et COULÉON.

Cette observation très brève n'a pour but que d'apporter une preuve nouvelle aux recherches que nous poursuivons depuis 4 ans et qui tendent à montrer les relations qui existent entre l'hyperfonctionnement de l'hypophyse et la manie intermittente. Elle fait suite aux observations déjà publiées à ce sujet et en particulier à celles parues en 1933 sous le titre de « Manie intermittente et Hyperplasie hypophysaire ».

En outre des examens biologiques et physiologiques, il est utile d'apporter des preuves anatomiques, mais il est rare de pouvoir recueillir de tels éléments, car la Psychose maniaque dépressive ne s'accompagne pas habituellement d'un état général pouvant aboutir à la mort. Elle s'étend sur toute une vie et souvent jusqu'à un âge très avancé et il est peu fréquent, dans les

services d'aliénés, d'assister au décès d'un malade atteint de cette psychose.

M. B. est mort le 27 mars 1934, à l'âge de 39 ans, d'une cardiopathie grave avec retentissement hépatique et rénal.

Il était dans le service depuis 11 ans et avait déjà été interné à plusieurs reprises à partir de l'âge de 24 ans, tant dans la Seine que dans d'autres départements. Dans son dossier, nous trouvons 18 certificats concluant tous à la psychose maniaque dépressive, avec forte prédominance des accès maniaques.

Dans les dernières années de sa vie, ces accès étaient devenus de plus en plus rapprochés et constituaient un véritable état de manie rémittente.

Nous avons pratiqué un examen des différents organes et, plus particulièrement, du système endocrinien.

Pour plus de sûreté, nous avons tenu à faire contrôler tous nos résultats par le laboratoire de M. le Professeur Roussy, leur interprétation que nous reproduisons intégralement correspondait à la nôtre. La voici :

« L'examen anatomo-pathologique a montré des lésions de dilatation cardiaque de congestion hépatique et de néphrite.

« L'étude histologique du système nerveux central ne nous montra rien de remarquable. Par contre, l'examen de certaines glandes endocrines présenta un intérêt particulier. A noter, du côté de l'épiphyse, plus grosse que normalement, une importante formation kystique centrale repoussant le tissu normal à la périphérie et, du côté du corps thyroïde, quelques formations adénomateuses du lobe droit, avec prolifération conjonctive.

« Mais surtout, l'hypophyse attira notre attention par son volume inusité et son poids, 1 gr. 50.

« L'ensemble des examens macro et microscopiques nous permit de constater une hyperplasie manifeste du lobe glandulaire avec formation adénomateuse acidophile permettant de conclure à l'hyperfonction. »

Manifestations biologiques, physiologiques, anatomiques concordent donc fréquemment. Dans quelque temps, nous associerons à ces résultats ceux que nous aurons trouvés à propos du métabolisme bromé, ils ajouteront un appoint nouveau à notre conviction que le dys-fonctionnement hypophysaire joue, dans la psychose maniaque dépressive, un rôle très important.

La séance est levée à midi 10.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 5 juillet 1934

Présidence : M. Cl. VURPAS, président

Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis,
par MM. L. BABONNEIX et ROUECHE.

Les auteurs ont pu compléter l'enquête au sujet de la jeune fille atteinte de maladie de Friedreich, qu'ils ont récemment présentée ici-même. Chez la mère, abolition des réflexes achilléens. Quant à la grand'mère maternelle, elle est internée pour paralysie générale. Le rôle de l'hérédo-syphilis, dans le déterminisme des troubles observés chez la jeune fille, paraît donc des plus vraisemblables.

DISCUSSION

M. MOLLARET souligne l'intérêt particulier de cette observation qui semble montrer une hérédo-syphilis de seconde génération dans l'étiologie de la maladie de Friedreich.

Deux observations de pneumatocèles intra-cranienne,
par MM. FRIBOURG-BLANC, LASSALE et GERMAIN.

Les auteurs rapportent deux cas d'hydro-pneumatocèle intracrânienne post-traumatique qu'ils ont observés en l'espace de 14 mois au Val-de-Grâce.

Le premier cas concerne un officier blessé en 1915 par éclat de grenade à la région frontale droite, blessure suivie de réaction méningée, de suppuration locale avec élimination d'esquilles, hernie cérébrale, hémiparésie gauche. Depuis lors, le blessé présente 2 ou 3 fois par an de violents accès

de céphalée suivis pendant un jour d'écoulement de liquide céphalo-rachidien, par la narine droite. A l'occasion d'un de ces accès de céphalée particulièrement violent, en 1925, une radiographie fut pratiquée, qui ne décèle aucune collection intracrânienne. Ce n'est qu'en février 1933 — 17 ans après la blessure — qu'apparut la pneumatocèle survenue à la suite d'une quinte de toux accompagnée d'une douleur atroce de la région sus-orbitaire droite.

Le deuxième cas concerne un soldat qui, le 8 avril 1934, au cours d'un raptus anxieux, se tira une balle de revolver dans la région sus-hyoïdienne. La balle, après avoir traversé de bas en haut la bouche et le massif facial, ressortit par la région frontale, à droite de la ligne médiane. Le blessé ne présenta pas d'autre trouble neurologique qu'une anosmie. C'est 22 jours après la blessure que la radiographie révéla une hydro-pneumatocèle. La rhinorrhée ne fit son apparition que le 2 juin, à la suite d'une rhino-pharyngite.

Ces deux cas très différents par leur allure clinique sont très proches par leur aspect radiologique, qui montre la localisation sous-arachnoïdienne de l'épanchement hydroaérique chez ces deux blessés. Les auteurs discutent les signes différentiels de cette localisation, qui se distingue des localisations intra-ventriculaire, intra-cérébrale et extra-durémérienne. Ils attirent l'attention sur la bénignité relative des pneumatocèles intra-craniennes, rappellent leurs signes pathognomoniques, discutent le mécanisme de leur production, envisagent l'opportunité très controversée de l'intervention chirurgicale et supposent que la relative rareté des cas publiés de pneumatocèle intra-cranienne est due à la symptomatologie souvent discrète et à l'absence du contrôle radiologique qui est indispensable au diagnostic de cette complication.

Hémi-tremblement parkinsonien au cours de la sclérose en plaques, par MM. Noël PERON, LEREBoullet et LAUNAY.

Sclérose en plaques ayant évolué par poussées successives de 1925 à 1930 vers une forme paraplégique de pronostic grave. Amélioration imprévue depuis cette époque. A l'heure actuelle, persiste un certain degré de parésie à gauche avec signe de spasticité et tremblement intentionnel du même côté. Et, fait important, apparition d'un hémi-tremblement d'aspect parkinsonien à droite.

Les métaplasies des méningoblastomes, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER.

A l'examen histologique d'une tumeur méningée, les auteurs ont constaté la présence de métaplasies intéressantes, avec passage insensible des méningoblastes en fibroblastes. D'autre part, métamorphisme de la névroglie en collagène, avec situation intracellulaire de la substance collagène.

Méningiome de l'angle ponto-cérébelleux, par MM. P. van GEHUCHTEN, de MARTEL et GUILLAUME.

Après une série de vertiges et l'atteinte successive des V^e, VIII^e, VII^e et IV^e paires crâniennes à droite, s'installe un syndrome typique de l'angle ponto-cérébelleux du même côté et de légers troubles pyramidaux à gauche. L'intervention chirurgicale a amené une régression complète des troubles.

Hydrocéphalie chronique chez l'adulte,

par MM. AUBRY, GUILLAUME et THUREL.

Les auteurs présentent un cas qui débuta chez un adulte par des céphalées diffuses s'accompagnant de troubles de la démarche. Absence de stase papillaire et de signes d'hypertension intra-cranienne.

La ventriculographie montra une grosse hydrocéphalie. A l'intervention, kyste oblitérant le IV^e ventricule.

Kyste du troisième ventricule, par M. BARRE.

Cas d'un homme de 54 ans pris brusquement d'une crise comitiale avec aura respiratoire. A l'examen, signes d'hypertension intracrânienne. A la ponction lombaire, tension à 58, lymphocytose à 45 et hyperalbuminose. Après ponction lombaire, sédation des symptômes cliniques, avec diminution progressive des signes de stase.

Deux ans après, état comateux, même aspect du liquide céphalo-rachidien. Nouveaux signes d'hypertension intracrânienne. A l'autopsie, présence d'un kyste volumineux comblant toute la cavité du troisième ventricule. L'auteur insiste sur la phase latente qui sépara les deux accès et sur la symptomatologie particulière de ce kyste.

Syndrome parkinsonien par mésentéphalite syphilitique,

par MM. Georges GUILLAIN et P. MICHAUX.

MM. G. Guillain et P. Michaux présentent un malade chez lequel se développa en quelques mois un syndrome parkinsonien typique. La ponction lombaire montra dans le liquide céphalo-rachidien toutes les réactions biologiques de la syphilis. Le traitement mercuriel et bismuthé amena une rétrocession des troubles.

Les auteurs insistent sur la nécessité de pratiquer toujours un examen du liquide céphalo-rachidien chez les sujets présentant un syndrome parkinsonien, spécialement chez les sujets non séniles. Il serait erroné de méconnaître, à côté du rôle de l'encéphalite épidémique, celui d'autres facteurs étiologiques des syndromes parkinsoniens. Les mésentéphalites syphilitiques aiguës peuvent simuler l'encéphalite épidémique aiguë ; de même, les mésentéphalites syphilitiques subaiguës et chroniques peuvent simuler les complications tardives de l'encéphalite épidémique, en particulier les syndromes parkinsoniens. Ces faits ont une importance pratique évidente.

Réaction de la 8^e paire dans la maladie de Friedreich,

par MM. GUILLAIN, AUBRY et MOLLARET.

Les auteurs donnent les conclusions de leurs recherches, qui sont : intégrité du nerf cochléaire, rareté des troubles spontanés, importance particulière des troubles provoqués : l'épreuve calorique montre la bilatéralité des troubles, la prédominance du nystagmus rotatoire central, l'hypoexcitabilité, le caractère progressif des troubles.

MM. Guillain, Aubry et Mollaret insistent sur l'intérêt de cette épreuve calorique, élément de diagnostic important.

Myoclonies arythmiques et unilatérales des membres par lésion du noyau dentelé du cervelet, par MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean LEREBoullet.

Observation anatomo-clinique d'une femme de 57 ans, pseudobulbaire, chez qui furent constatés des mouvements anormaux à type de myoclonies arythmiques localisées aux muscles des membres du côté droit ; le voile du palais, le pharynx, les globes oculaires étaient indemnes. Les auteurs attribuent ces symptômes à l'existence d'une petite lacune siégeant à l'extrémité postérieure du noyau dentelé droit.

Hématomes sous-duraux, par MM. Clovis VINCENT.

A la suite d'un traumatisme minime de la région temporale, se développe chez une fillette un syndrome d'hypertension intracrânienne. Après intervention, prélèvement de la dure-mère et greffe du fascia lata, la guérison complète survient.

DISCUSSION

M. André THOMAS insiste sur le fait qu'il ne semble y avoir de rapport direct entre l'intensité du traumatisme et la production de l'hématome.

M. BARRÉ signale l'existence d'hématomes spontanés unilatéraux avec symptomatologie clinique bilatérale.

Lobectomie frontale et troubles psychiques, par M. Clovis VINCENT.

Présentation de deux malades, dont l'un après ablation d'un lobe frontal droit vit disparaître deux ordres de troubles : 1° troubles de la statique ; 2° troubles psychiques caractérisés par un état démentiel et une euphorie à type de moria. A l'heure actuelle, récupération motrice totale, grosse amélioration psychique.

Chez le second malade, l'ablation du lobe préfrontal gauche n'enraya pas les troubles intellectuels et l'évolution se fit vers un état de démence profonde.

DISCUSSION

MM. DE MARTEL et ALAJOUANINE ont vu des malades supporter sans aucun déficit psychique appréciable l'ablation d'un lobe frontal, mais signalent la fréquence des troubles du caractère dans les séquelles mentales.

Pierre MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

*Annexe au Compte rendu des Séances
des 12 Mars, 9 Avril, 14 Mai et 11 Juin 1934*

Présidence : M. DERVIEUX, président

L'expertise psychiatrique, par M. Ed. TOULOUSE.

M. Ed. TOULOUSE fait ressortir les déficiences de l'expertise psychiatrique telle qu'elle est actuellement pratiquée. Cette expertise jouit d'un crédit général dont il recherche les causes. La principale réside dans la difficulté du problème posé aux experts, la psychiatrie étant encore trop peu objective dans ses techniques et ses interprétations.

Les experts s'inspirent d'une doctrine de médecine légale psychiatrique qui n'est plus en rapport avec les progrès de la psychiatrie et de la criminologie modernes qui tendent à admettre que les délinquants et surtout les récidivistes sont en général des anormaux. Puisque la médecine légale est débordée, elle doit s'adapter à une psychiatrie plus compréhensive. Ce qui domine le problème, c'est la constitution morbide et l'on comprend mal les conclusions de certains experts éminents qui ont déclaré responsables des criminels tels que Vacher, Soleilland, Kuerten ou Haarman qui étaient de grands anormaux pervers.

Le critérium de la responsabilité au sens de l'article 64 du code pénal réside dans deux éléments : l'un de thérapeutique, l'autre d'organisation des asiles. Or, l'incurabilité d'une affection ne l'empêche pas d'être une maladie et l'insuffisance de l'assistance des aliénés n'empêche pas qu'un malade qu'on ne peut garder à l'asile ne soit cependant un malade. En réalité, la responsabilité correspond à l'aptitude à s'adapter à un statut social. C'est là le fond de la question psychiatrique posée à l'expert. Dans l'organisation médicale qui serait désirable, il faudrait déterminer « l'état dangereux » du sujet pour lui appliquer aussi longtemps que cela serait nécessaire la mesure la plus adéquate : traitement dans un hôpital psychiatrique ou dans un asile, placement dans un établissement de réforme, colloquation dans un asile de sûreté. Mais la doctrine médico-légale actuelle est retardataire, elle correspond à la doctrine juridique des magistrats qui maintient un système de répression pénale qui laisse la société désarmée contre les attentats quotidiens des anormaux.

L'expert étant commis par un magistrat, on peut craindre qu'il soit porté à épouser les idées du juge ou que le juge choisisse l'expert chez lequel il pense avoir constaté ses propres conceptions dès les premiers rapports médico-légaux. Or, l'expert est une sorte de juge technique et il est paradoxal qu'il soit choisi par celui qu'il doit éclairer. La défense, par contre, ne peut désigner l'expert dont elle estime que les idées seraient favorables à sa cause. Il y a là une contradiction qui choque l'équité.

Dans l'établissement des listes d'experts psychiatres, il conviendrait de faire proposer les praticiens par les sociétés ou corps médicaux spécialisés, notamment par la Société des experts. Leur nombre devrait être augmenté pour s'assurer le plus de compétences diverses. Il y aurait lieu de constituer une Chambre des experts pour statuer sur les fautes professionnelles éventuelles.

L'expertise contradictoire assurerait la libre manifestation des diverses opinions. Le juge désignerait un expert et la défense un autre. Si les experts n'étaient pas d'accord, ils choisiraient un tiers expert et, s'ils ne s'entendaient pas, le troisième pourrait être tiré au sort. Ce principe avait été admis par le projet de loi Cruppi voté par la Chambre le 30 juin 1899. Cette expertise contradictoire obligerait les experts à une plus grande précision des recherches et à une certaine modération dans les conclusions. Cette procédure conduirait à un accord qui éviterait les joutes dans le prétoire. Il ne faudrait pas d'ailleurs, en cas de controverse des experts à la barre, exagérer les dangers de cette discussion qui serait préférable à une décision commune obtenue par concessions ou compromissions. Il serait souhaitable que, dans l'expertise contradictoire, tel pays puisse faire appel à des médecins de l'étranger, car la défense sociale à l'égard des anormaux est, par essence, internationale. Enfin, le principe de l'expertise contradictoire est favorable aussi bien à l'accusation qu'à la défense, car, dans des affaires qui passionnent l'opinion, des certificats sont parfois suspectés de complaisance. L'expertise contradictoire pourrait être immédiatement appliquée sans attendre une loi, longue à venir, et qui serait mieux adaptée grâce à l'expérience acquise.

Les conditions matérielles de l'expertise psychiatrique sont déplorable. M. Toulouse rappelle à cet égard les vœux formulés déjà par les Professeurs Balthazard et Claude, par MM. Blacque-Belair et Ceillier, en vue de la création de laboratoires d'anthropologie criminelle et d'annexes psychiatriques dans les prisons. Il y aurait urgence à la réalisation de ces organismes. C'est toute une organisation psychiatrique plus vaste encore qu'il faudrait créer pour l'examen systématique des inculpés et des condamnés en vue de leur répartition dans les divers établissements d'aliénés, de réforme ou de sûreté.

Les expertises ne sont qu'une institution transitoire pour certains cas controversés, elles ne sont qu'une étape dans la procédure de défense sociale. Les organisations médicales demandées sont dictées par la science psychiatrique et la biotypologie criminelle. Elles aboutiront à une défense sociale autrement efficace que les procédures traditionnelles. Le crime est un fait biologique auquel il faut tout ramener pour ordonner à l'égard de chaque anormal un jugement équitable, un traitement curatif et, pour la collectivité, des méthodes prophylactiques.

DISCUSSION

M. DONNEDIEU DE VABRES, Professeur à la Faculté de Droit, ajoute au rapport du Dr Toulouse, favorable à l'expertise contradictoire, quelques observations juridiques. Il montre que le régime actuel, réservant aux experts désignés par le juge le soin de procéder, sans contradiction et sans contrôle, aux opérations de l'expertise, est une anomalie, eu égard, non seulement au droit étranger, mais à l'évolution libérale du droit français, que jalonnent les lois de 1897, 1921, 1933 sur l'instruction préparatoire. Ayant écarté quelques objections opposées au système de l'expertise contradictoire, il estime que celui-ci procurerait une plus complète assurance qu'aucun indice n'est négligé, qu'aucune opération utile à la manifestation de la vérité n'est omise. Il permettrait au juge une plus exacte appréciation du degré de certitude que l'état de la science psychiatrique permet d'atteindre, sur le cas qui lui est soumis. Son institution demanderait qu'une part plus large fût faite, dans la formation de la magistrature, aux sciences auxiliaires du droit pénal.

M. H. CLAUDE s'élève contre la supposition émise par M. Donnedieu de Vabres, que les experts soient inspirés par les magistrats qui les commettent. L'indépendance des experts ne doit pas être mise en doute. On arriverait, par l'expertise contradictoire, à avoir deux catégories d'experts qui s'affronteraient à la barre et qui pourraient, dans certains cas, être amenés à des discussions désobligeantes pour la science médicale. Il y a des experts qui ont des tendances connues, même du public, et qui ont pris position, soit en vue de réformes de la législation, soit pour des questions scientifiques. Si on oppose des experts ayant des opinions aussi tranchées, que sera l'expertise ? Un débat continu. Je vois donc là des difficultés considérables. Mais surtout on en arrive à ceci que les deux experts ne pouvant se mettre d'accord, il faudra le troisième expert dont il est question dans le rapport de MM. Toulouse et Donnedieu de Vabres. C'est lui qui décidera. C'est lui, le troisième expert, qui finira par trancher comme le faisait anciennement l'unique expert. Actuellement, dans les affaires importantes, trois experts sont nommés, ils s'entendent, ils se font des concessions réciproques, mais ceci reste dans le silence de l'expertise, c'est toujours désobligeant de mettre des médecins dans l'obligation de discuter publiquement entre eux. Je suis donc en faveur du *statu quo*.

Dans le mémoire de M. Toulouse, il y a des choses que je ne peux pas désapprouver. En raison de certaines défaillances, la liste des experts pourrait subir des modifications. Malheureusement, les magistrats ne sont pas toujours assez informés de la compétence de certains experts. Parfois, sur les trois commis, un seul est compétent. Les deux autres se contentent de regarder.

M. CEILLIER : Actuellement, par suite d'un usage que personnellement j'estime regrettable, dans tous les grands procès la défense a, en réalité, ses experts. L'expert officiel est nommé par le Président du Tribunal ou par le juge d'instruction qui ne sont ni l'un ni l'autre des accusateurs, mais des juges impartiaux. Un expert honnête ne peut envisager sa mission que du seul point de vue scientifique. Il ne peut y avoir d'avocat général médecin ou de défenseur médecin. Je ne vois que des inconvénients, pour la conscience médicale, à l'expertise contradictoire.

M. GÉNIL-PERRIN. — Je tiens à faire remarquer que les conclusions de l'expertise mentale ne sont guère discutées que par la défense, quand elles ne donnent pas satisfaction à celle-ci.

D'autre part, on ne peut reprocher à la doctrine médico-légale d'aujourd'hui d'être plus juridique que médicale, car c'est le droit pénal, et non la clinique, qui assume la thérapeutique et la prophylaxie sociales de l'anomalie criminelle.

Il est bien regrettable que des médecins, auxiliaires de la défense, viennent à la barre critiquer les conclusions des experts, à propos de sujets qu'ils n'ont pas examinés et dont ils ne connaissent que ce que la défense a bien voulu leur en dire.

Jamais un magistrat n'a essayé de faire pression sur moi et je nie que le magistrat soit de parti pris hostile au prévenu. Le défenseur est au contraire de parti pris favorable à son client et, maintes fois, j'ai dû me gendарmer contre des manœuvres de défenseurs.

Le principe de l'expertise contradictoire est difficilement acceptable pour un homme de science impartial, qui deviendrait ainsi l'expert soit de la défense, soit de l'accusation, alors qu'il doit rester le technicien uniquement soucieux de vérité objective. Il est bien certain qu'un expert ne serait désigné par la défense qu'après que celle-ci se fût assurée du sens de ses conclusions.

M. HEUYER, après avoir affirmé, comme ses collègues, qu'à Paris, dans les conditions actuelles de l'expertise, l'indépendance de l'expert est totale, se rallie, sur plusieurs points, à l'opinion de M. Toulouse, au sujet de l'expertise psychiatrique. Il est incontestable qu'actuellement les conclusions des experts psychiatres sont plus discutées qu'elles ne l'ont jamais été. Il y a à cela des causes diverses. Il est indéniable que dans les affaires criminelles, comme dans les affaires civiles, ce sont presque toujours les mêmes experts psychiatres qui sont nommés. Mais surtout, le grand malaise de l'expertise psychiatrique vient des conditions de l'expertise : conditions matérielles qui ne permettent pas un examen suffisant du prévenu — conditions théoriques où le point de vue médical ne s'accorde pas avec les formules auxquelles les magistrats se tiennent fermement.

Au sujet de la responsabilité, des critiques définitives ont été portées contre la notion de la responsabilité par Gilbert Ballet au Congrès de Genève en 1907. Actuellement beaucoup d'experts esquivent la difficulté en assimilant la responsabilité à l'adaptation sociale ou en parlant de responsabilité pénale. Les questions posées au sujet de la responsabilité entière peuvent être résolues quand il s'agit de grands malades, mais au sujet de la responsabilité atténuée, certaines conclusions ingénieuses d'experts sont d'inspiration plus sociologique que médicale. Le rôle du médecin est de faire un diagnostic et d'établir un pronostic.

Quant à l'expertise contradictoire proposée par M. Toulouse, chacun s'accorde à reconnaître que la mesure est discutable. Toutefois, elle peut être admise avec l'examen en commun du criminel, un rapport commun et des conclusions communes. S'il y a désaccord, la discussion à la barre peut éclairer le Tribunal et le Jury sur la difficulté de répondre à la question de responsabilité. Une opinion sur la responsabilité n'est ni médicale ni scientifique ; elle est personnelle, suggestible et discutable.

Pour remédier au malaise de l'expertise psychiatrique, une série de mesures peuvent être envisagées. Immédiatement on peut demander : 1° la répartition des commissions d'expertise en suivant la liste des experts, ou par tirage au sort ; 2° l'organisation de locaux à l'intérieur des prisons, avec le matériel d'examen nécessaire à l'expertise ; 3° la possibilité de sui-

vre l'inculpé pendant un temps suffisant dans un centre d'observation annexé à chaque prison ; 4° la modification des formules proposées à l'expert.

Aux questions sur la responsabilité, peuvent être substituées des questions médicalement précises : a) l'inculpé a-t-il une maladie ou une anomalie mentale et laquelle ? b) est-il curable ? c) peut-on prévoir une récidive de son acte ? d) est-il intimidable ? e) s'il est un malade ou un anormal mental, quelle mesure le médecin peut-il proposer ?

Ultérieurement, il sera désirable de mettre la criminologie française au même degré de développement que la criminologie belge. A ce sujet on peut envisager : 1° l'organisation de laboratoires d'anthropologie criminelle où seront examinés systématiquement tous les inculpés. Au casier judiciaire des délinquants devront s'ajouter la fiche médico-psychologique et l'enquête sociale ; 2° la création de divers organismes pénitentiaires adaptés à chaque type d'anormaux : annexes psychiatriques, asiles de sûreté, colonies de défense sociale.

M. TOULOUSE est heureux de constater que son action en faveur de l'expertise contradictoire et d'une réforme générale de l'expertise ait provoqué dans les milieux médico-légaux un vif courant d'intérêt et d'étude. Il rappelle l'histoire de la question et précise que, dès janvier 1898, il avait préconisé dans la *Revue de Psychiatrie* l'organisation de la contre-expertise, dont le principe fut adopté par la Chambre le 30 juin 1899 (projet Jean Cruppi).

Il note que la discussion de sa communication a surtout porté sur l'expertise contradictoire, mais sans la situer suffisamment dans le problème général de la réforme pénale qui l'éclaire. L'expertise mentale, souvent attaquée et même raillée, s'impose cependant dans les crimes qui émeuvent le plus le public. Son discrédit tient à plusieurs facteurs parmi lesquels la contradiction à la barre où des médecins parfois qualifiés viennent discuter les conclusions des experts ; certaines conclusions paraissent peu compréhensibles, d'autres paraissent erronées. Il y a donc un effort à tenter pour ramener la confiance nécessaire.

Le principe de la contradiction est justifié par le manque de rigueur scientifique de la psychiatrie. Dans cette branche de la médecine, c'est la synthèse et l'interprétation qui sont essentielles. La contradiction est un effort dans la recherche de la vérité.

Le système actuel de désignation des experts n'assure point la critique des opinions. S'il est bien certain que les médecins experts ne sont pas influencés par les magistrats et restent entièrement libres de leurs conclusions, il n'en est pas moins vrai que les experts qui sont commis par les juges sont poussés à accepter les doctrines générales et les opinions des magistrats. Les experts habituels, dont le nombre est trop limité, sont d'ordinaire partisans d'une doctrine qui est celle-là même des juges. Cette doctrine tend à rendre responsables beaucoup d'individus dont l'expert ne méconnaît cependant pas les anomalies mentales. Ainsi la discussion est entravée par le fait que, en pratique, les experts habituels ont une origine unilatérale et une même doctrine.

Il n'est pas désirable de chercher, par un moyen quelconque, à empêcher la contradiction de se produire, soit pour ne pas ébranler la conscience du juge, soit pour ne pas inquiéter l'opinion. La contradiction se fera toujours et dans les circonstances les plus mauvaises. Il est donc préférable de la

réglementer car la recherche de la vérité et la critique des idées doivent être les bases de toute action judiciaire, comme de toute recherche scientifique.

Il faut donc en arriver à la désignation d'experts supposés de tendances différentes : « l'expert du juge » et « l'expert de la défense ». Ces deux experts auront les mêmes droits et seront honorés par la justice. Ces médecins doivent d'abord être compétents : experts de droit par leurs fonctions universitaires, hospitalières ou asilaires, ou experts désignés par une commission spéciale. Dans les cas simples, un seul expert serait nommé. Dans les cas de meurtres, d'attentats sexuels, deux experts seraient désignés, l'un par le juge, l'autre par la défense. Le contact de ces deux confrères d'origine différente susciterait un contrôle utile de l'un sur l'autre. En cas de désaccord, un troisième expert serait désigné comme arbitre. Il ne serait choisi ni par le juge ni par l'avocat, afin d'avoir une entière indépendance. Il serait tiré au sort sur une liste de « tiers-experts » composée des experts de droit ayant une certaine ancienneté.

M. Toulouse s'élève avec force contre les conditions déplorable dans lesquelles s'effectuent actuellement les expertises mentales. Le médecin en est réduit à faire une expertise purement « intuitive » alors qu'elle devrait être « objective ». Il ne peut être pratiqué d'examen sérieux que dans une annexe de la prison qui devrait être un véritable hôpital psychiatrique. C'est alors seulement qu'on pourrait suivre les inculpés et les condamnés et édifier une doctrine psychiatrique rationnelle basée sur la biocriminologie. En attendant la création de ces services coûteux, il faudrait que, dans les cas difficiles, les inculpés soient envoyés dans les services de malades mentaux. Certaines expertises pourraient se faire en appliquant la loi de 1838 par la procédure de l'internement temporaire, aux fins d'un examen mental, pour des individus suspects. La loi de 1838 sur les aliénés qui ne convient plus à l'hospitalisation de l'ensemble des malades mentaux est au contraire bien adaptée aux aliénés criminels et permettrait de réaliser immédiatement l'essentiel de la réforme pénale. C'est surtout une question d'entente entre les médecins aliénistes, les experts, l'autorité judiciaire et le pouvoir administratif, sans qu'il soit besoin de vote préalable, d'une loi pénale qui serait d'ailleurs plus rationnelle après l'expérience qu'on aura tentée.

La responsabilité représente un état, variable en degrés, de la faculté de compréhension des faits et du pouvoir de s'adapter au statut social. Elle n'est qu'une synthèse des éléments psychologiques et biologiques individuels. A ces différents états de déficience ou de déséquilibre doivent correspondre divers modes de traitement pénitentiaire.

M. Toulouse propose à la Société de Médecine légale la nomination d'une *commission d'études* qui serait chargée d'élaborer des résolutions relatives aux diverses questions touchant à cet important problème.

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Juin 1934

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

En ouvrant la séance, M. le Président prononce l'éloge funèbre du Professeur HAMELINCK, de Gand.

Essai de définition du débile mental, par M. E. De GREEFF.

Les examens par tests peuvent, si leurs résultats ne sont pas interprétés, étendre abusivement le domaine de la débilité mentale.

L'auteur fait la critique des tests couramment appliqués, et montre que certains éléments psychologiques, dont l'absence constitue une des caractéristiques de la débilité, échappent au domaine des tests. La personnalité du débile, notamment, doit retenir l'attention de l'examineur ; il est souvent important de connaître l'âge social du sujet. L'impossibilité de vivre avec autrui, l'impossibilité de s'adapter au milieu pendant un laps de temps dépassant quelques semaines, sont des caractères qui se manifestent toujours chez le débile. En ce qui concerne l'appréciation de la responsabilité d'un sujet, il est dangereux de se baser uniquement sur les renseignements fournis par les tests.

Deux cas d'atrophie corticale. Présentation des pièces anatomiques, par M. J. TITECA.

Démonstration de deux cerveaux, dont le premier est celui d'un malade qui a été présenté récemment devant la Société sous le titre de « démence progressive chez un sujet jeune » et dont le diagnostic clinique était atrophie de Pick à localisation frontale. Ce cas était remarquable par l'absence de tout symptôme aphasique. Il s'agit en effet d'une atrophie très marquée qui paraît macroscopiquement affecter uniquement les lobes préfrontaux.

La seconde pièce montre une atrophie corticale diffuse et provient d'une malade qui avait été cataloguée cliniquement : maladie d'Alzheimer. Les résultats des examens microscopiques seront communiqués ultérieurement.

Ramollissement traumatique du noyau caudé, par M. P. DIVRY.

Relation du cas d'une femme de 43 ans, sans antécédents morbides, qui le lendemain d'un traumatisme crânien simple, sans fracture, et qui ne

l'avait pas empêchée de vaquer à ses occupations, fit un ictus apoplectique brusque avec coma complet. Le décès survint trois jours plus tard, sans que la malade ait repris connaissance.

L'examen anatomique montra un ramollissement siégeant au niveau de la tête du noyau caudé. La lésion comprenait deux zones nettement distinctes, l'une présentant l'aspect du ramollissement hémorragique, l'autre celui du ramollissement blanc. L'examen histologique mit en évidence tous les caractères des lésions d'encéphalomalacie : dilatation vasculaire avec érythrodiapédèse et leucodiapédèse, aspect œdémateux du tissu cérébral, formation de corps granuleux. L'auteur discute le cas au point de vue médico-légal, et au point de vue des théories actuellement en présence concernant la pathogénie du ramollissement post-traumatique.

Statistique du service neuro-psychiatrique de l'Armée pendant les années 1932-1933, par M. A. BODART.

Le service neuro-psychiatrique de l'hôpital militaire d'Anvers centralise tous les cas soumis à un examen spécial pour troubles nerveux et mentaux. L'auteur explique divers tableaux résumant l'activité de ce service, et classe les sujets en trois catégories : aptes au service, ajournés ou inaptes. Il montre la fréquence de l'insuffisance mentale, de l'épilepsie et des séquelles d'encéphalite. L'auteur insiste sur la rareté de la simulation vraie, et montre l'intérêt de sa statistique au point de vue de la question si discutée actuellement de la débilité mentale.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 30 Juin 1934

Présidence : M. Paul MARTIN, président

Dégénérescence hépato-lenticulaire, par M. Jacques LEY.

Présentation d'une jeune fille de 19 ans, atteinte depuis l'enfance de rachitisme, et dont l'affection nerveuse actuelle a débuté à 15 ans 1/2 par un tremblement d'action ayant intéressé d'abord le bras droit, puis le bras gauche, ensuite les membres inférieurs et le tronc. La maladie a suivi une marche progressive, sans rémissions. Actuellement, ce tremblement d'action, auquel s'associent des spasmes antagonistes, constitue à peu près toute la

symptomatologie. A part une certaine difficulté de la parole sans dysarthrie véritable, le reste de l'examen neurologique est négatif. L'examen somatique révèle une matité hépatique très réduite sans signes cliniques d'insuffisance du foie, mais certains examens sérologiques dénotent une insuffisance de la fonction hépatique. Il existe, en outre, au niveau du limbe scléro-cornéen, un anneau de pigmentation brun-verdâtre. L'absence de tout signe pyramidal, de toute altération des réflexes tendineux, osseux et cutanés, de lésion du fond des yeux, de nystagmus, permet d'écarter la sclérose en plaques, et malgré l'intégrité du psychisme, il semble qu'on doive rattacher le tableau clinique au syndrome décrit par Westphal sous le nom de pseudo-sclérose.

Polynévrite hypertrophique progressive,
par MM. L. Van BOGAERT et J. De BUSSCHER.

Présentation d'un malade de 39 ans, atteint depuis 1916 d'un ulcus duodénal contrôlé radiologiquement, et présentant depuis 1918 une fatigabilité excessive, des douleurs dans les membres inférieurs, des paresthésies des extrémités. Objectivement, il existe une atrophie globale prononcée des 4 membres, une hypoesthésie bilatérale en « bas » et en « mitaine » et une aréflexie épargnant les réflexes rotuliens. La démarche se caractérise par du steppage. L'hyperhydrose est généralisée. On peut faire rouler sous le doigt les nerfs, indolores, dont l'hypertrophie, si elle existe, est peu importante. Les muscles sont sensibles à la pression. Le diagnostic de myopathie à évolution lente semble pouvoir être écarté. Cliniquement, les auteurs croient à une *polynévrite hypertrophique progressive*, tout en admettant la difficulté de distinguer cette affection de l'atrophie Charcot-Marie-Tooth.

Athétose unilatérale, par MM. L. Van BOGAERT et J. De BUSSCHER.

Présentation d'une fillette de 11 ans 1/2, qui a fait, à l'âge de 4 ans, une diphtérie ayant nécessité la trachéotomie. Quatre mois après apparut une hémiparésie droite avec participation légère de la face, bientôt compliquée d'*athétose unilatérale* qui persiste encore, surtout au membre supérieur.

La sœur cadette, actuellement âgée de 7 ans, a fait à 2 ans une rougeole compliquée à son décours de paralysie du nerf de la VI^e paire à gauche. Il semble donc y avoir dans cette famille un terrain prédisposant aux complications nerveuses des maladies infantiles.

Document clinique pour l'étude des polynévrites, par M. Jacques DAGNELIE.

Un homme de 46 ans a été bien portant jusqu'il y a 3 ans ; à ce moment, il aurait eu de la température, des douleurs dans la nuque et dans l'épaule droite (sans rougeur ni gonflement) ; à la suite de cela, il s'est produit une atrophie du bras droit avec diminution de la force musculaire et hypoesthésie très marquée. Il y a 2 ans, même phénomène au genou gauche, puis atrophie, parésie et diminution de la sensibilité du membre inférieur gauche. A l'examen clinique actuel, l'affection se présente comme une « neuronite » motrice et sensible, difficile à classer.

L'auteur discute la signification à donner à la *disposition alterne* de la polynévrite et de l'hypoesthésie et sur le degré de participation de l'atteinte du corps du neurone dans la symptomatologie observée.

Première observation anatomo-clinique de maladie de Laurence-Moon-Biedl, par MM. BORREMANS et L. VAN BOGAERT.

Les auteurs apportent la première observation anatomo-clinique de cette curieuse affection qui consiste dans la coïncidence d'un syndrome adiposo-génital avec une rétinite pigmentaire et des malformations diverses. La communication est d'actualité puisque dans un rapport tout récent un anatomo-pathologiste très distingué, Lhermitte, range cette affection parmi les syndromes hypophyso-tubériens. Les auteurs, après une étude approfondie des centres nerveux du malade, arrivent à un procès-verbal de carence ; *aucune lésion anatomique n'a pu être décelée.*

Observation d'un syndrome familial nouveau (Biernond) proche de la maladie de Laurence-Moon-Biedl, par MM. A. DELHAYE et L. VAN BOGAERT.

Dans une publication récente, Biernond rapportait l'observation d'un type familial inédit apparenté à la maladie de Laurence-Moon-Biedl et comprenant essentiellement un état d'infantilisme d'apparence hypophysaire, un colobome irien, de la polydactylie et d'autres anomalies squelettiques, et une arriération psychique manifeste. L'autopsie d'un de ces cas montrait la présence d'une hypophyse de petite taille, d'une hydrocéphalie, d'une tumeur cérébrale de nature encore indéterminée, un état de polyposse intestinale avec dégénérescence carcinomateuse de plusieurs de ces tumeurs.

Les auteurs rapportent une observation semblable ; leurs recherches généalogiques ne sont pas encore terminées et ils se réservent de revenir plus tard sur le cas lorsqu'ils auront pu en déterminer le caractère familial. Il s'agit d'un groupement encore mal connu au point de vue neuro-endocrinien et qui comprend des dystrophies du type adiposo-génital avec altérations du cristallin et malformations diverses.

**Encéphalo-méningite lymphocytaire aiguë curable,
par M. Jacques DAGNELIE.**

Un jeune homme de 20 ans entre fébrile à l'hôpital ; il présente la symptomatologie d'une encéphalite aiguë, sans signes méningés ; le début avait été progressif (quelques jours) et caractérisé par des changements du caractère et du comportement. Deux jours après l'admission dans le service de médecine, les signes encéphalitiques régressent nettement ; en même temps, il apparaît des signes méningés importants, une grosse réaction lymphocytaire et albumineuse du liquide céphalo-rachidien et un déclin de l'état général. Ces symptômes en imposèrent pour une méningite tuberculeuse, mais on observa bientôt une régression progressive des signes méningés ; la réaction liquidienne persista assez longtemps, mais le malade guérit complètement. La disparition de signes encéphalitiques au moment de l'apparition des signes méningés, et la difficulté du diagnostic constituent les particularités de ce cas.

Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une arachnoïdite cérébrale. Opération. Guérison, par MM. H. BAONVILLE, J. CAHEN, J. LEY et J. TITECA.

Homme de 50 ans, sans antécédents pathologiques ni cyclothymiques, qui, après avoir souffert de céphalées pendant quelques mois, fit une fugue

brusque suivie d'amnésie partielle et d'un syndrome de mélancolie délirante absolument classique. Cependant l'examen neurologique révélait une légère parésie faciale droite et une exagération du réflexe bicipital droit. Il n'y avait pas de papille de stase, mais une forte augmentation de la tension de l'artère centrale de la rétine mesurée par la méthode de Bailliant. La tension du liquide céphalo-rachidien, par contre, était normale, et le liquide lui-même n'était pas altéré. Malgré le caractère assez discret des troubles neurologiques et le résultat douteux de la ventriculographie par voie lombaire, le diagnostic fut orienté vers une affection cérébrale organique atteignant l'hémisphère gauche. L'intervention permit de découvrir un processus d'arachnoïdite frontale d'aspect kystique ; l'incision de la méninge donna issue à une certaine quantité de liquide et à une masse gélatineuse. Plusieurs ponctions du tissu cérébral restèrent blanches. Les suites opératoires furent normales ; les signes neurologiques et le syndrome mental disparurent rapidement.

Les auteurs insistent sur l'importance de ces constatations et sur le fait que des syndromes mentaux d'allure purement psychogène peuvent être symptomatiques d'une lésion organique qui, sans un examen neurologique minutieux, passerait inaperçue.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française

XXXVIII^e Session (Lyon, 16-21 juillet 1934)

Président : M. L. LAGRIFFE

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 38^e session à Lyon, du 16 au 22 juillet 1934, sous le haut patronage de M. le Président de la République, et sous la *présidence* de M. le D^r L. LAGRIFFE, de Quimper. Le D^r René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine, était *vice-président*. Faisaient également partie du Bureau, le professeur P. COMBEMALE, de Lille, *secrétaire général* de l'Association, le professeur agrégé DECHAUME, de Lyon, *secrétaire annuel*, et le D^r VIGNAUD, de Paris, *trésorier*.

Cette session, dont la première séance fut présidée par M. le Président HERRIOT, Ministre d'Etat, Maire de Lyon, eut le plus grand succès. Les séances scientifiques, très intéressantes et très suivies, eurent lieu dans la nouvelle Faculté de médecine de Lyon, où les Congressistes furent reçus par M. le Doyen Jean LÉPINE et à la Clinique neuro-psychiatrique de l'Hôpital de Grange-Blanche. Les Congressistes français et étrangers purent admirer ce bel ensemble moderne d'enseignement médical complété par une Ecole d'Infirmières modèle.

Dans l'intervalle des séances, des réceptions et des excursions firent apprécier à tous l'hospitalité lyonnaise, les richesses artistiques et industrielles de la ville de Lyon et la beauté de ses environs.

La 39^e session du Congrès aura lieu à *Bruxelles*, au mois de *juillet 1935*, sous la *présidence* du D^r René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine, et du professeur agrégé, Ern. DE CRAENE, de Bruxelles. Le D^r O. CROUZON, de Paris, a été désigné pour remplir les fonctions de *vice-président*. Le Bureau comprend, en outre, le professeur P. COMBEMALE, de Lille, *secrétaire général*, le professeur VERMEYLEN, de Bruxelles, *secrétaire annuel*, et le D^r VIGNAUD, de Paris, *trésorier*.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 39^e session : 1^o *Rapport de Psychiatrie* : L'Hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psycho-physiologique, par le D^r H. BARUK, de Paris ; 2^o *Rapport de Neurologie* : L'Hystérie et les fonctions diencephaliques ; étude neurologique, par le D^r Ludo VAN BOGAERT, d'Anvers ; 3^o *Rapport de Médecine légale psychiatrique* : Délinquance et Criminalité de l'Enfance, par le D^r G. HEUYER, de Paris, et le D^r Paul VERVAECK, de Bruxelles.

DISCOURS INAUGURAL

La signification et la valeur du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise par M. L. LAGRISSE

Après avoir remercié M. le Ministre d'Etat Edouard HERRIOT de l'honneur qu'il fait au Congrès en présidant sa *séance inaugurale* et M. le Doyen Jean LÉPINE de l'hospitalité somptueuse qu'il lui offre dans la nouvelle Faculté de Médecine, M. le D^r Lagrissse cherche à dégager la signification et la valeur du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise.

Il montre dans cette âme lyonnaise l'association de deux tendances, l'une pratique, l'autre mystique, symbolisées par la Croix-Rousse, montagne qui travaille, et Fourvières, montagne qui prie et cherche à concilier ce qui paraît inconciliable.

S'inspirant des idées de M. Bergson, il distingue le vrai mysticisme du faux mysticisme et particulièrement du mysticisme des aliénés qui, seul, appartient aux médecins.

S'autorisant des exemples donnés par un saint François d'Assise, par une sainte Thérèse d'Avila, par un Ozanam, il montre que les grands mystiques ont été des hommes d'action pour qui le mysticisme fut, non pas un but, mais un moyen de parvenir à un équilibre supérieur et de créer des œuvres fécondes. Le mysticisme lui apparaît donc comme un signe de progénérescence et non comme un signe de dégénérescence ; il n'appartient donc pas à la médecine.

Dans tous ses degrés, dans toutes ses étapes, le mysticisme se révèle comme un élément de renforcement de l'activité créatrice et réalise la « métaphysique positive ».

Appliquant ces notations au génie lyonnais, M. le D^r Lagrissse conclut que celui-ci en a largement bénéficié et que son action réalisatrice a été en raison directe de son mysticisme parce que celui-ci est un mysticisme de bon sens.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

De l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie, par M. A. REPOND (de Monthey).

L'auteur fait l'histoire des rapports de la psychiatrie avec la psychologie normale ; il étudie leur dépendance mutuelle, l'influence réciproque de leurs théories ou de leurs découvertes. Il montre que l'évolution de la psychiatrie au cours des cent dernières années passe par trois phases assez distinctes au cours desquelles l'orientation des études et la position de principe par rapport à la valeur, à l'utilisation de la psychologie dans la psychiatrie sont très différentes. Les deux premières phases de l'évolution psychiatrique sont caractérisées chacune par leur attitude particulière envers la psychologie : la première est toute imbue d'une psychologie philosophique spéculative et moralisante ; la seconde, en réaction naturelle contre celle-ci, dénie à la psychologie toute ingérence dans les problèmes psychiatriques, réduits à des problèmes cérébraux. Enfin dans la troisième phase, en opposition avec les recherches de physio-pathologie cérébrale ou de clinique pure, on voit réapparaître des études dont le point de départ est donné par les philosophies spéculatives.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur précise les critères philosophiques d'existence de la psychiatrie, le rôle qu'y doit jouer la psychologie et les limites scientifiques de cette dernière. Ensuite, il fait une brève esquisse des systèmes et des méthodes psychologiques, dont la psychiatrie peut se servir, soit pour l'investigation des états psychopathiques, soit pour aider à leur classification, pour établir leur pronostic, soit enfin pour les traiter.

L'auteur réserve une part spéciale à la psychanalyse, qu'il considère comme une méthode dont l'importance, pour la psychiatrie clinique du moins, dépasse de beaucoup toutes les autres. Il estime que la psychanalyse n'a pas seulement donné des théories explicatives et génétiques de beaucoup d'états morbides, mais qu'elle a également fourni une précieuse méthode pour les traiter et les guérir.

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. JABOUILLE (de Rouffach), faisant le procès de la psychanalyse, craint que la pathologie mentale ne verse dans la psychologie et son annexe la psycho-pathologie.

M. HESNARD (de Toulon) fait remarquer que la psychologie n'aurait jamais égaré la psychiatrie et l'aurait même aidée à progresser, si les psychologues ne s'en étaient servis dans le seul but de puiser dans les faits morbides quelque justification à leurs théories. Il croit que le principal préjugé qui retarde la constitution d'une *Psychologie clinique*, c'est ce principe erroné que la mentalité morbide est une mentalité normale déchue. Faisant allusion à la psychanalyse, dont il se montre un partisan convaincu, il affirme que la portée de son enseignement dépasse de beaucoup celle des autres méthodes psychologiques.

M. J. VRIÉ (d'Ainay-le-Château), précise la position de la psychiatrie vis-à-vis des diverses conceptions courantes de la psychologie. Il fait remarquer que la psychologie étudie le contenu et qu'elle ne peut fournir les conditions de la pensée, qui sont en rapport avec la structure du cerveau, ni les don-

nées évolutives, qui relèvent du processus morbide et par conséquent appartiennent à la pathologie pure. Il conclut que la psychologie normale demeure insuffisante pour interpréter la pensée morbide.

M. G. VERMEYLEN (de Bruxelles) montre que la psychologie et la philosophie ont eu sur l'évolution de la psychiatrie des influences très différentes. Tandis que la première a joué, et joue encore, un rôle que personne ne peut plus contester, il estime par contre que la philosophie ne peut nous être d'aucun secours.

M. COSSA (de Nice). — Si la confusion règne en pathologie mentale (douze noms pour un même syndrome), elle est due à ce que les classifications reposent non sur des faits cliniques, mais sur d'incertaines pathogénies. Actuellement, cette confusion écarte de la psychiatrie les médecins non spécialisés. Si, conformément aux vues du rapporteur, l'éducation des futurs psychiatres se faisait dans un sens plus philosophique, il serait à craindre que s'élargisse ce fossé, au grand dam de la thérapeutique.

M. COURBON (de Paris). — Le besoin de théories en psychiatrie date de sa naissance. Il n'est que l'expression de l'infirmité de l'esprit humain, qui explique avant d'avoir fini de percevoir. Tant qu'elle ne possédera pas les moyens d'enregistrer la totalité des paroles et des réactions de l'aliéné, la psychiatrie aura plus besoin de faits que de théories, car celles-ci n'ayant pas pour base des faits scientifiquement établis seront sans grande valeur. L'utilité d'une théorie psychologique pour la psychiatrie vient donc surtout de ses méthodes d'observation et rarement de son système explicatif.

M. HEUYER (de Paris), ayant passé en revue les théories psychologiques qui, depuis Pinel, ont tenté d'influencer la psychiatrie ou de se substituer à elle, en a vainement cherché une qui ait apporté à la science des maladies mentales un fait d'observation, un moyen de diagnostic ou une méthode thérapeutique. Il énumère ensuite quelques-uns des nombreux progrès que les méthodes cliniques ont fait réaliser à la psychiatrie.

M. Georges PETIT (de Ville-Evrard). — L'énorme importance sociale des troubles psychiques ne suffit pas à justifier, du point de vue médical, leur place privilégiée ou exclusive en psychiatrie. Résultats de causes organiques multiples qu'il est indispensable de déterminer pour pouvoir efficacement les traiter, leur étude ne saurait cependant être distraite de l'importante contribution que leur assurent les diverses méthodes psychologiques modernes : fructueuse collaboration dont témoigne l'aphorisme d'un psychologue français : « Nous pensons avec tout notre corps. »

M. H. BARUK (de Paris) montre le danger d'adopter en psychiatrie une méthode exclusive ; il souligne l'utilité de recourir à plusieurs disciplines. Loin d'opposer, comme on tend à le faire, les données psychologiques et les données organiques, il conseille de les combiner harmonieusement en vue des meilleurs résultats thérapeutiques. Croire à une étiologie exclusivement psychogénique des psychoses, affirme-t-il, consiste à se nourrir d'une illusion, illusion qui ne peut mener la psychiatrie que dans une impasse.

M. P. ABÉLY (de Paris), faisant le bilan de ces quinze dernières années qui ont vu tant de doctrines nouvelles, tant d'orientations hardies, s'aperçoit que les théories organicistes et les théories psychogénétiques ont poursuivi parallèlement les mêmes buts, celui d'éclairer et de simplifier le cadre actuel des notions psychiatriques, celui de préciser l'étiologie des troubles mentaux, celui enfin d'améliorer les possibilités thérapeutiques.

Il estime qu'il s'agit de deux méthodes d'examen et de recherches qui doivent s'associer pour compléter les données purement cliniques.

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine), après avoir félicité le rapporteur, regrette qu'il n'ait pas montré, historiquement, l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie.

M. Art. DONAGGIO (de Modène), qui préside la séance, remercie le rapporteur de son important rapport ainsi que les collègues qui ont pris part à la discussion. En conclusion de cette discussion, il met en évidence la nécessité que les diverses recherches de l'anatomie à la psychologie, collaborent au progrès de la Psychiatrie.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Tumeurs du troisième ventricule (Etude clinique et thérapeutique), par M. Paul MEIGNANT (de Nancy):

Après un court rappel historique et anatomique, l'auteur poursuit, dans un premier chapitre, l'étude analytique des divers syndromes et symptômes des tumeurs du troisième ventricule. Il passe successivement en revue le syndrome d'hypertension intracrânienne, insistant tout particulièrement sur les caractères de la céphalée, les syndromes infundibulo-dystrophiques (y compris l'hypersomnie), les syndromes oculaires et les syndromes « de voisinage » (cérébelleux, pyramidaux, extrapyramidaux, thalamiques, etc...). Il envisage ensuite les données fournies par la ponction lombaire et par la radiographie.

En ce qui concerne les troubles psychiques, l'auteur distingue très justement : 1° les troubles liés à l'hypertension en général ; 2° ceux liés aux troubles de la régulation hypnique : onirisme, hallucinose ; 3° les troubles du développement intellectuel et caractériel ; 4° les troubles liés plus spécialement à l'atteinte de l'hypothalamus et des centres régulateurs du psychisme situés vers la région infundibulaire : apathie, asthénie, troubles de l'affectivité et du caractère.

Dans un deuxième chapitre, l'auteur discute rapidement les principaux diagnostics différentiels, puis les méthodes spéciales de diagnostic. Enfin, il indique les grandes directives thérapeutiques.

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. BARRÉ (de Strasbourg) fait remarquer que le Rapporteur, loin de se limiter aux tumeurs qui habitent le III^e ventricule, a étendu le sujet à toutes les tumeurs de la région, englobant notamment les tumeurs suprasellaires et les craniopharyngiomes. L'orateur émet ensuite des considérations personnelles sur la valeur localisatrice, dans certains cas, du syndrome d'hypertension crânienne. Il discute la valeur diagnostique des troubles infundibulo-tubériens, ophtalmologiques et, surtout, vestibulaires. Il termine en insistant sur la nécessité d'introduire dans la séméiologie l'étude des « complexes séméiologiques ».

M. Georges PETIT (de Ville-Evrard), indique que les syndromes de localisation hypothalamique ne sont pas rares en psychiatrie. Habituellement frustes, fugaces ou dissociés, ils peuvent dominer le tableau clinique, comme dans une observation rapportée, et en imposer alors pour une tumeur du

III^e ventricule. Enfin, ils sont associés, fréquemment, à des syndromes anxieux.

M. JABOUILLE (de Rouffach) rapporte l'observation d'une malade, dont les troubles mentaux, seuls symptômes observés, avaient été attribués à une psychose essentielle ; à l'autopsie, cependant, on découvrit un gros kyste au niveau de la paroi antérieure du III^e ventricule !

RAPPORT D'ASSISTANCE

Classification et statistique des maladies mentales,
par M. Maurice DESRUELLES, (de St-Ylie).

Dans un avant-propos, l'auteur résume l'historique de la question de la classification et des statistiques des maladies mentales, et conclut à l'opportunité de l'établissement d'une nouvelle classification nationale officielle, qui permette une statistique nationale précise et éventuellement une statistique internationale. L'auteur affirme dès le début de son rapport qu'il se tient résolument à l'écart de toute théorie dogmatique, de toute discussion scolastique, qu'il ne vise aucun but didactique et qu'il envisage la question d'un point de vue restreint, essentiellement pratique, médico-administratif. Son dessein est de proposer au Congrès une classification provisoire, d'attente et de conciliation, limitée aux maladies mentales traitées dans les Asiles et les Maisons de Santé d'aliénés.

Avant de proposer une classification et d'indiquer les principes d'une statistique nationale des aliénés, il faut choisir et préciser une terminologie, ce qui fait l'objet du premier chapitre : Nomenclature des maladies mentales. L'auteur déplore le manque de précision de la Terminologie actuelle, insiste sur l'opportunité de respecter les termes qui ont cours jusqu'à maintenant et d'éviter la création de mots nouveaux qui ne peuvent qu'augmenter la confusion. Puis il donne les raisons pour lesquelles il écarte de la nomenclature adoptée les termes : syndrome, dégénérescence mentale et névroses (hystérie, psychasthénie, neurasthénie). Pour restreindre autant que possible les cadres de sa classification, il ne conserve dans sa nomenclature que les entités nosologiques principales et se borne à énumérer les nombreuses variétés cliniques qui seront sous-entendues dans les classifications. Vient ensuite la série des termes usuels adoptés avec les raisons qui en motivent le choix : Arrêts de développement des facultés intellectuelles (agénésie, oligophrénies), psychoses périodiques (d'où sont exclues la manie et la mélancolie d'involution présénile), délires systématisés, chroniques ou progressifs, démences vésaniques (l'auteur insiste sur l'utilité de cette catégorie), démences précoces (dont il restreint encore le domaine puisqu'il en enlève les démences vésaniques), confusion mentale, états confusionnels d'origine toxique exogène (les états confusionnels post-épileptiques sont classés avec l'épilepsie), paralysie générale, démences séniles et préséniles, démences organiques, psychopathies encéphalitiques.

Dans le second chapitre, intitulé classification, après des généralités sur la classification dans les sciences, vient un historique, résumé des classifications psychiatriques usitées pendant le siècle dernier en France et à l'étranger ; l'auteur étudie leurs caractères, leurs bases (symptomatiques, étiologiques, anatomiques, mixtes) et leurs tendances évolutives ; puis il envisage du même point de vue les classifications contemporaines d'après

les traités classiques et d'après l'enseignement ; toutes les classifications actuelles sont mixtes, elles ne présentent donc plus entre elles de différences fondamentales comme au siècle dernier. L'auteur conclut ce chapitre en indiquant les caractères que devrait présenter une bonne classification : elle doit se baser à la fois sur la psychologie, la symptomatologie, l'étiologie, l'anatomie, l'anatomo-pathologie, et même tenir compte de l'évolution. Puis il donne les principes de la classification présentée au Congrès et qui suit, résumée :

I. Maladies mentales constitutionnelles.	}	1. Idiotie.	
		2. Imbécillité.	
		3. Débilité mentale.	
		4. Manie.	Psychoses périodiques.
		5. Mélancolie.	
		6. Délires systématisés.	
II. Maladies mentales constitutionnelles et acquises.	}	7. Démences vésaniques.	
		8. Démences précoces.	
		9. Crétinisme.	
III. Maladies mentales acquises.	}	10. Confusions mentales.	
		11. Alcoolisme et autres toxiques.	
		12. Epilepsie.	
		13. Psychopathies syphilitiques.	
		14. Démences séniles et préséniles.	
		15. Démences organiques.	
		16. Psychopathies encéphalitiques.	

Dans le troisième et dernier chapitre, relatif aux statistiques, l'auteur envisage la nécessité de réformer le système actuel et donne les grandes lignes d'une nouvelle statistique des aliénés qui serait inspirée des systèmes suisse et italien. Mais ce projet est subordonné à l'adoption d'une classification unique et simple.

DISCUSSION DU RAPPORT D'ASSISTANCE

M. JABOUILLE (de Rouffach) ne trouve que des avantages à adopter la nomenclature du Rapporteur. Il propose d'y ajouter deux classes : celle des névroses et psychonévroses et celle des « non-aliénés ». Il désirerait, par contre, voir supprimer celle des démences vésaniques.

M. Art. DONAGGIO (de Modène) présente et commente la fiche officielle italienne pour la statistique des maladies mentales. Depuis neuf ans, le bureau statistique des maladies mentales d'Ancone, dirigé par le Prof. G. Modena — bureau qui est en rapport avec l'Institut central de Statistique de Rome — reçoit de tous les asiles ces fiches, qui suivent une classification mixte et adaptée au but administratif. La fiche est divisée en deux parties : l'une destinée à l'entrée, l'autre destinée à la sortie des malades. M. Donaggio attire l'attention sur le fait que cette centralisation officielle des renseignements permet des statistiques exactes, ainsi que M. Desruelles le reconnaît : il pense que la nomenclature adoptée et la méthode suivie seront prises en considération en vue d'une statistique internationale.

M. VLAVIANOS (d'Athènes) défend la thèse que la confusion mentale ne peut plus être considérée comme une entité, mais seulement comme un syndrome clinique.

M. Henri Ey (de Bonneval) insiste sur la nécessité de séparer nettement

l'énumération en nomenclature d'intérêt pratique, qui doit être soigneusement expurgée de toute notion étiologique ou pathologique et être purement clinique, d'une classification étiologique, moyen sans doute, mais surtout fin de la science psychiatrique.

M. ADAM (de Rouffach), ayant essayé de faire entrer tous les malades admis dans son service en 1931 dans les cadres de la classification du Rapporteur, énonce quelques observations : il voudrait, notamment, rétablir la classe de la psychose maniaco-dépressive.

M. J. VIÉ (d'Ainay-le-Château), opposant nettement les classifications scientifiques et les nomenclatures administratives qui diffèrent totalement dans leurs moyens et dans leurs buts, propose à titre indicatif une nomenclature personnelle.

MM. POROT (d'Alger) et G. VERMEYLEN (de Bruxelles) préfèrent la classification en « syndromes », qui s'adapterait mieux aux faits.

M. HAMEL (de Nancy) est partisan du terme de « oligophrénie », utilisé par la plupart des confrères étrangers et qui désigne à la fois les états d'arriération correspondant à l'idiotie, à l'imbécillité et à la débilité mentale. Il propose également de réserver une place dans la nomenclature aux grands déséquilibres constitutionnels et de séparer totalement la rubrique « Encéphalite épidémique » des autres encéphalopathies.

M. LAUGIER (de Clermont-de-l'Oise), estime que la classification proposée présente une lacune ; il est en effet difficile de classer dans le tableau de M. Desruelles les malades psychasthéniques, phobiques, obsédés, petits anxieux.

M. BERSOT (de Neuchâtel) défend aussi les termes de « Psychopathies constitutionnelles » et de « Psychonévroses ».

M. FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce), rappelle sa classification propre conçue dans un sens pratique, obligatoirement assez détaillée, car elle vise à aiguiller le médecin de l'armée dans la conduite à tenir pour chaque malade, tant à l'égard du traitement que du pronostic, de l'aptitude au service et du droit éventuel à la pension.

M. HESNARD (de Toulon) est partisan de l'énumération très claire en 16 groupes, donnée pour l'auteur. Par contre, il s'oppose à leur catégorisation en 3 groupes : maladies constitutionnelles, constitutionnelles et acquises, acquises. Il voudrait aussi voir réserver une place aux accidents psychopathiques post-émotionnels.

M. H. BARUK (de Paris) propose une double classification : une classification par syndromes d'abord, une classification étiologique ensuite.

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante, par MM. LHERMITTE, SENGÈS, BOULET et TRELLES.

Les auteurs rapportent un cas anatomo-clinique de tumeur d'Erdheim ayant évolué, chez une femme de 60 ans, par des poussées de troubles mentaux à allure confusionnelle s'accompagnant de troubles visuels et oculopupillaires. Le syndrome infundibulo-tubérien faisait défaut malgré les lésions massives.

Les auteurs insistent sur l'absence fréquente des signes hypothalamiques dans certaines tumeurs du III^e ventricule et sur la prédominance des troubles psychiques.

Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux, en psychiatrie, par M. Georges PETIT (de Ville-Evrard).

L'atteinte de la région hypothalamique est fréquente dans toutes les formes de maladies mentales. Ces signes infundibulo-tubériens sont souvent frustes, temporaires, dissociés, mais quelquefois ils dominent le tableau clinique organique. Ils sont associés habituellement à de l'anxiété, qui paraît être un syndrome essentiellement organique lié à des perturbations des centres neuro-végétatifs. Leur étiologie semble ressortir à des inflammations du 3^e ventricule avec hypertension, dues à des infections chroniques du névraxe par ultra-virus neurotropes.

Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale, par MM. G. PETIT et A. BAUDARD (de Ville-Evrard).

Les auteurs indiquent la fréquence du syndrome parkinsonien en psychiatrie. Sur 200 malades, ils l'ont mis en évidence dans 48 0/0 des cas, dans toutes les formes psychopathiques. Toujours associé à d'autres troubles organiques, en particulier à des perturbations des régions diencephalique et mésocéphalique, ce syndrome, très variable en intensité et en durée, paraît en rapport avec des infections neurotropes, dont on connaît la prédominance élective fréquente pour ces régions.

Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques, par MM. A. COURTOIS et A. BELEY (de Paris).

Alors que les délires systématisés sont tenus par nombre d'auteurs comme psychoses essentielles, les auteurs s'attachent à en rechercher les agents étiologiques.

Ces agents varient d'abord avec le sexe et l'âge des sujets.

Chez les adultes jeunes, on trouve des encéphalopathies de l'enfance et de l'adolescence, les encéphalites psychosiques aiguës. Dans ce groupe des infections, prennent place les délires durables de l'encéphalite épidémique chronique, de la méningo-encéphalite syphilitique à évolution spontanément lente ou après traitements.

Parmi les toxiques, le facteur étiologique le plus fréquent est l'alcool.

Enfin, les auteurs montrent le rôle de la sénilisation cérébrale précoce, surtout important chez les femmes après la quarantaine, ces délires hallucinatoires constituant les premiers symptômes cliniques du grand processus de sénilisation cérébrale, qui plus ou moins rapidement apparaîtra évident quand se manifestera un affaiblissement intellectuel marqué.

Psychose coli-bacillaire avec pyélonéphrite évoluant depuis plusieurs semaines. Guérison par la sérothérapie, par MM. MESTRALLET et LARRIVÉ (de Lyon).

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme présentant depuis plusieurs semaines un état confusionnel chez qui apparurent en outre des signes de pyélonéphrite avec nombreux coli-bacilles dans les urines.

La sérothérapie instituée à deux reprises amena très rapidement la sédation des symptômes urinaires et psychiques.

Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques,
par MM. CHRISTY, BALVET et MATHON (de Lyon).

Les auteurs rapportent quatre observations de sujets qui, consécutivement à une affection tuberculeuse (localisation pleurale et pulmonaire) ont vu leur état mental s'améliorer d'une façon tout à fait inattendue. Ils avaient porté le diagnostic de démence primaire des jeunes et de psychoses schizo-phréniques.

Tout en restant sur le terrain de l'hypothèse, les auteurs soulignent l'intérêt de ces faits, d'ailleurs connus, de guérisons (ou rémissions) psychopathiques qui se voient après des localisations tuberculeuses.

Dédoublement de la personnalité et amnésie profonde avec obnubilation intellectuelle — persistant cinq ans après des encéphalites épidermiques — guéries avec « restitutio ad integrum », après cure prolongée d'insuline, par M. J. FROMENT (de Lyon).

Résultats remarquables de la cure prolongée d'insuline qui, dans 2 cas, dissipa des séquelles d'encéphalite épidémique. L'auteur émet une hypothèse concernant le mécanisme probable de l'action de ce traitement, auquel l'avaient conduit ses recherches sur le parkinsonisme et la stabilisation automatique.

Attitudes d'encéphalite épidémique en léthargie — par onirisme actif — rappelant des attitudes de grande hystérie, par MM. J. FROMENT et B. POMMÉ (de Lyon).

En dépit de ressemblances indéniables, on ne saurait identifier des attitudes d'encéphalite épidémique en phase léthargique, attitudes à allure passionnelle, et des attitudes de grande hystérie.

L'anxiété ; ses causes, ses symptômes, son traitement
par M. BOVEN (de Lausanne).

L'anxiété est un haut degré d'inquiétude, l'angoisse un haut degré d'anxiété. Ces états diffèrent par l'intensité, non par la nature ni la durée. L'anxiété apparaît comme un état d'inadaptation temporaire de l'être aux conditions ambiantes.

Les hallucinations psycho-motrices verbales et le problème général des hallucinations, par M. Henri Ey (de Bonneval).

C'est avec le problème général que pose l'automatisme psychologique et notamment celui du langage que doit s'intégrer la question des formes hallucinatoires de l'automatisme verbal. Les aspects cliniques les plus caractéristiques en sont les hallucinations psychomotrices verbales. L'observateur prend dans ce cas l'halluciné en flagrant délit d'erreur. Ceci projette une lumière sur l'ensemble des troubles hallucinatoires, qui ne peuvent être envisagés comme des phénomènes élémentaires partiels déclenchés mécaniquement, mais doivent être considérés comme des aspects de la dissolution de la personnalité.

Automatisme mental semblable évoluant depuis 20 ans chez deux jumelles identiques, par M. G. de MORSIER et R. JUMET (de Genève).

Après avoir rapporté leurs observations personnelles, les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt psychiatrique que présentent les cas de psychose gémellaire.

De l'utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques, par MM. MESTRALLET et LARRIVÉ (de Lyon).

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 44 ans, chez qui évoluait depuis 18 mois, lorsqu'il fut soumis à leur examen, un état de moria dont ils se sont efforcés de déterminer l'origine.

Les examens neurologiques, biologiques, ophtalmoscopiques, radiographiques se montrèrent entièrement négatifs; par contre, en injectant 10 cc. d'air par voie lombaire, ils ont pu mettre en évidence l'existence d'une hydrocéphalie interne avec distension ventriculaire. Selon les auteurs, le diagnostic doit être celui d'épendymite.

De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarques à propos d'un cas de démence précoce hétérophrénocatatonique guéri après dix années de traitements continus et variés, par MM. PETIT et ARCHIMBAULT (de Ville-Evrard).

Les auteurs s'élèvent contre le fatalisme doctrinal qui considère les maladies mentales comme incurables quand elles sont devenues chroniques depuis plusieurs années (exemple d'un dément précoce, guéri sans affaiblissement intellectuel après dix ans de traitements variés).

Quelques considérations sur le traitement des malades nerveux et mentaux pour la kinésithérapie, par MM. BRANDT (de Genève) et BERSOT (de Neuchâtel).

Cette communication, illustrée par un film, montre que la kinésithérapie, ou gymnastique médicale, a pour objet la régénération de la fibre musculaire, le réveil de l'activité du neurone médullaire et la stimulation de la *volonté motrice*, qui joue le rôle capital dans les récupérations nerveuses.

Sur le choix des sels d'or, par M. A. LÉONET (de Lyon).

Exposé des conditions, souvent contradictoires (faible toxicité et haut index thérapeutique) auxquelles doit satisfaire un sel d'or.

Le magnésium sérique à l'état normal et dans certains états psychiques, par MM. A. LEULIER, B. POMMÉ et J. VELLIEZ (de Lyon).

Le taux du Mg sérique, déterminé chez 19 malades, s'est montré 12 fois normal, 4 fois diminué, 2 fois augmenté, ces variations paraissant indépendantes de la nature des manifestations psycho-motrices enregistrées. D'autre part, le Mg sérique ne subit après injection d'hyposulfite de Mg. que de faibles variations.

**Recherches expérimentales sur les injections intrarachidiennes
de liquide céphalo-rachidien, par M. VLAVIANOS (d'Athènes).**

Communication préliminaire.

Les toxicomanies en Grèce, par M. VLAVIANOS (d'Athènes).

L'auteur expose la situation de cette grave question médico-sociale et donne des statistiques très concluantes par lesquelles il prouve l'augmentation très inquiétante de cette toxicomanie en Grèce depuis quelques années.

**Les effets de l'électropexie sur le système nerveux,
par M. VLAVIANOS (d'Athènes).**

L'électropexie peut produire des troubles nerveux et mentaux, des plus légers aux plus graves.

**Intoxication hachichique et démence précoce,
par M. Mazhart OSMAN (d'Istanbul).**

L'auteur trace le tableau clinique de cette intoxication, très répandue en Orient, et souligne son rôle dans l'étiologie de beaucoup de syndromes schizophréniques.

**L'amour du voyage lointain comme cause de fugue chez les mineurs,
par M. WAHL (de Marseille).**

Sous le nom de « Robinsonisme », l'auteur désigne une variété de fugues concernant les enfants et les adolescents voulant aller vivre une vie inconnue dans un pays lointain. C'est le résultat d'une imagination débordante que la dureté de l'épreuve ou une forte semonce suffisent à réfréner.

Schizophrénie et expédition militaire, par M. WAHL (de Marseille).

L'auteur insiste sur les cas de schizophrénie, souvent curables, qu'il a observés à l'armée.

Des condamnations dans les antécédents des arriérés sociaux ou déséquilibrés, engagés volontaires dans l'armée, par MM. B. POMMÉ, R. MAROT et J. LACROIX.

Les auteurs développent les déductions qu'ils ont tirées de l'examen d'une centaine de prévenus militaires avant leur comparution devant le tribunal militaire. Ils rappellent la grande importance des antécédents sociaux chez le futur engagé qui est destiné à faire partie du cadre actif.

**Les aliénistes lyonnais au début du XIX^e siècle,
par MM. FRANTZ et Emile ADAM.**

Les auteurs se sont proposés, à l'occasion de ce Congrès siégeant à Lyon, d'évoquer le souvenir des médecins, pour la plupart originaires de l'Ain, qui assurèrent le service des aliénés à la Charité puis à l'Antiquaille, à l'époque de la réforme de l'assistance à cette catégorie de malades.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Cinq observations anatomo-cliniques de tumeurs du III^e ventricule,
par MM. BÉRIEL et BARBIER (de Lyon).

Rapportant 5 cas personnels, les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic.

Contribution à l'étude des tumeurs du III^e ventricule,
par MM. RISER, E. et L. TAMALET (de Toulouse).

Epithélioma pharyngo-hypophysaire n'exerçant aucune compression par lui-même, mais ayant donné naissance à un volumineux kyste occupant le III^e ventricule.

Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne, par MM. ROGER, Y. POURSIÈS, J. ALLIEZ et J. PAILLAS (de Marseille).

Astrocytome fibrillaire ayant son point de départ dans l'hémisphère gauche et dont les premiers symptômes ont été d'ordre neuro-végétatif.

La trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs du III^e ventricule, par MM. BÉRIEL et RICARD (de Lyon).

Les auteurs, constatant que, dans les cas de tumeur du III^e ventricule, les interventions chirurgicales d'exérèse sont encore souvent au-dessus des ressources de la chirurgie, proposent comme intervention *palliative* la trépanation du corps calleux.

A propos d'un cas de tumeurs métastatiques à point de départ utérin,
par MM. H. ROGER, J. ALLIEZ et J. PAILLAS (de Marseille).

A l'occasion d'un cas de tumeur métastatique à foyer orbitaire et cérébelleux consécutif à un cancer du col utérin, et ayant débuté par une crise d'épilepsie intense, les auteurs insistent sur les caractères des tumeurs cérébrales métastatiques et sur la rareté des métastases après néo-utérin.

La sclérose en plaques en Orient, par M. MAZHART OSMAN (d'Istanbul).

De l'examen des statistiques, il appert que la sclérose en plaques, relativement rare en Turquie, se rencontre seulement chez les personnes habitant les ports ou voyageant en Europe. L'auteur estime que cette affection, endémique dans le nord de l'Europe, est amenée en Orient par l'intermédiaire de porteurs.

Résultats avec ma réaction sur l'urine et le liquide céphalo-rachidien,
par M. Art. DONNAGGIO (de Modène).

Le professeur Art. Donaggio donne communication des résultats ultérieurs de ses recherches avec sa réaction sur l'urine et le *liquor* (dont la méthode a été publiée dans la *Revue neurologique*, n° I, juillet 1933, addendum à la

séance du 6 juillet 1933). Ces recherches sur la capacité que l'urine et le *liquor* de l'homme acquièrent d'empêcher la précipitation des couleurs basiques d'aniline avec le molybdate d'ammonium dans certaines conditions (fièvre spontanée ou provoquée, traumatismes, intoxications, épilepsie motrice, fatigue, ictus hémiplegique...), ont été à présent étendues par l'auteur aux animaux d'expérience, ce qui a été possible par une modification de la méthode. Ainsi, on pourra étudier la dite capacité de l'urine et du *liquor* (« phénomène d'obstacle ») aussi au point de vue expérimental. L'auteur rappelle ses recherches sur les effets des adsorbants et de la dialyse (réaction positive qui devient négative), ce qui lui fait supposer l'intervention de substances colloïdes dans le mécanisme du phénomène ; et l'appui apporté à cette hypothèse par Cortesi et Fattovich, et par d'Ormea e Broggi, qui ont constaté le parallélisme entre l'augmentation du phénomène et la diminution de la tension superficielle.

Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif,
par M. Art. DONAGGIO (de Modène).

L'auteur donne indication des méthodes VI et VII qui, dans la série de ses méthodes pour les centres nerveux, appartiennent au groupe des méthodes qui colorent la partie non nerveuse de la cellule (réseau périphérique). Appliquées en dehors du tissu nerveux, ces méthodes donnent dans tous les organes la coloration élective du tissu conjonctif, permettent par métagénésie la vision des autres éléments du tissu, donnent des renseignements nouveaux. L'auteur rappelle les nouvelles données obtenues à l'aide de ces méthodes par M. Lambertini ; par M. Trössarelli dans l'hypophyse, par M. Delfini dans la glande pinéale. On peut appliquer la méthode VII selon la formule primitive (fixation par le sublimé), ou bien en substituant au sublimé le formol comme fixateur. La modalité avec le formol donne des résultats, même dans les organes qui ont été conservés dans le formol depuis n'importe quelle époque.

De la perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états pathologiques, par MM. A. LEULIER, B. POMMÉ et H. BOUTEILLE (de Lyon).

Etude de la perméabilité méningée au salicylate de soude et à l'iodure de potassium. Au cours de la paralysie générale, cette perméabilité, nulle au début, se rétablit au cours de l'impaludation et du traitement stovarsolé.

Au sujet de l'action de l'iodure de strontium,
par MM. A. LEULIER et B. POMMÉ (de Lyon).

Les auteurs préconisent l'emploi de l'iodure de strontium comme décalcificateur dans le rhumatisme chronique.

La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques,
par M. B. POMMÉ (de Lyon).

L'auteur décrit les modifications pathologiques de la zone de jonction myoneurale (état du chondriome) et les altérations musculaires dans certaines affections neurologiques.

Présentation d'un chien privé expérimentalement de sa moelle dorso-lombo-sacrée, par M. HERMANN (de Lyon).

Le chien présenté a subi, 77 jours auparavant, la destruction complète de sa moelle en arrière de la première paire dorsale. Actuellement en excellent état, il offre un certain nombre de particularités intéressantes, parmi lesquelles sont plus spécialement à retenir : 1° la valeur de sa pression artérielle (Mx 16) ; 2° le taux de sa glycémie (1 gr. 10 par mille) ; 3° sa thermorégulation parfaite.

Jean TITECA.

XIV^e Réunion Neurologique Internationale

(Paris, 5 et 6 juin 1934)

Président : M. Cl. VURPAS

Le programme de la réunion comportait :

1° des rapports de MM. LARUELLE (de Bruxelles), A. TOURNAY (de Paris), Jean LHERMITTE (de Paris), ANDRÉ-THOMAS (de Paris) sur l'*Hypothalamus*.

2° l'exposé des travaux du *Fonds Déjerine* : sur les *Dystrophies ectodermiques congénitales*, par M. Ludo Van BOGAERT (d'Anvers) ; sur la *Syphilis du Cervelet*, par M. CHRISTOPHE (de Paris).

**

PREMIER RAPPORT

Les centres végétatifs du diencephale médian. Partie anatomique, par M. LARUELLE (de Bruxelles).

L'auteur, après avoir rappelé la disposition hiérarchique des centres végétatifs avec leurs principaux échelons : médullaire, bulbaire, diencephalique et cortical, limite son sujet à l'étude des centres situés dans la partie intermédiaire qui forme la paroi du 3^e ventricule, c'est-à-dire le diencephale médian. Cette étude est rendue ardue non seulement par les difficultés techniques (cyto-architectoniques et histo-chimiques) mais encore par la diversité et les variations de la terminologie qu'ont employée les différents auteurs. L'auteur étudie tout d'abord :

1° La *différenciation des types cellulaires et topographiques des noyaux du diencephale médian*. — Pour lui, sont végétatives les cellules qui se

présentent sous une forme allongée, bipolaire le plus souvent, avec un gros noyau et disposition en poussière de la substance chromophile. Ces cellules qui ne sont bien visibles que sous certaines incidences sont disposées soit en « banc de poissons » dans un courant fibrillaire, ce qui est le cas le plus fréquent (noyau dorsal du vague), soit en « pelote » ou en « ordre dispersé » (noyau tubéro-mamillo-trigonal). Ces caractères de la cellule végétative permettent d'individualiser dix noyaux dont l'auteur précise la topographie à l'aide de descriptions minutieuses et d'une très riche documentation iconographique. Ces « unités végétatives » sont : la substance grise centrale, le noyau supra-optique, les noyaux basaux du tuber, le noyau tubéro-mamillo-trigonal, les noyaux du corps mamillaire, le noyau intercalé, le noyau de la substance réticulaire hypothalamique, le noyau réunien, le noyau paramédian.

2° *Les voies de conduction.* — Elles sont de trois ordres : a) *Somatiques*, rattachant entre eux les centres primaires, secondaires et tertiaires du rhinencéphale (radiations olfactives profondes) ; b) *Somato-végétatives*, également rhinencéphaliques mais aboutissant aux noyaux du diencéphale médian olfactif basal d'Edinger (qui est formé par le faisceau fronto-supra-optique, le faisceau fronto-tubérien, ce sont : un faisceau mettant en connexion l'écorce olfactive temporale avec le corps mamillaire ; une voie strio-hypothalamique ; une voie mettant en connexion les noyaux de la paroi du 3° ventricule avec les noyaux du thalamus. c) *Des voies végétatives pures*, et particulièrement le tractus supra-optique hypophysaire qui relie le noyau supra-optique et l'hypophyse. Outre cette voie précisée par l'auteur, il faut signaler un système de fibres pâles ou fibres zonales et un système tangentiel péri-ventriculaire reliant le diencéphale médian aux centres inférieurs du névraxe.

3° *Le point de vue anatomique dans la question des localisations végétatives.* — Les variations anatomiques et cyto-architectoniques chez les différentes espèces animales, le caractère approximatif des ressemblances qui peuvent exister entre les différents noyaux isolés chez chaque animal, rendent de telles études difficiles. D'autre part, il peut être malaisé de différencier les images normales des images pathologiques. Cependant, l'auteur insiste sur l'importance de la substance grise centrale, lieu d'élaboration et de propagation des excitations d'origine épendymaire et sur son rôle possible dans le mécanisme du sommeil.

Les noyaux supra-optiques et para-ventriculaires forment le groupe antérieur des noyaux de l'hypo-thalamus. Ils sont, avec les noyaux propres du tuber fonctionnellement solidaires de l'hypophyse. Le corps mamillaire est un relai rhinencéphalique qui joue un rôle dans les réflexes végétatifs d'origine olfactive. Les cellules géantes de la substance réticulaire jouent également un rôle dans la fonction hypnique. En résumé, on peut dire que le diencéphale médian est un relai olfactif. La physiologie nous avait déjà montré le rôle prépondérant des excitations olfactives dans les fonctions instinctivo-végétatives. L'hypothalamus humain a compensé sa pauvreté relative en cellule par une différenciation beaucoup plus fine de celles-ci. En conclusion, l'auteur insiste sur les rapports qui existent entre les autres parties du névraxe et la région du diencéphale médian. Tout en affirmant la réalité anatomique des différents noyaux qui constituent cette région, il insiste sur l'inconvénient qu'il y aurait à en pousser plus loin la description.

DEUXIÈME RAPPORT

Essai d'orientation neuro-physiologique, par M. Auguste TOURNAY.

Après des considérations sur l'orientation générale de la neuro-physiologie moderne, l'auteur voulant étudier « comment le système nerveux végétatif en ses mécanismes centraux intervient pour régler l'économie de l'organisme », restreint son étude à deux problèmes principaux : le besoin d'oxygène, le besoin d'eau.

A. *Le besoin d'oxygène* est entièrement lié à la question des centres respiratoires. Après un court rappel historique, l'auteur conclut avec Lumsden et Taylor à l'existence d'une série de centres respiratoires étagés. Les méthodes de section de Lumsden et les méthodes pharmaco-dynamiques de Taylor, d'autre part les expériences de Heymans sur le chien et d'Adrian sur le poisson montrent que : « l'activité rythmique du centre respiratoire peut se produire en la complète absence du centre d'impulsions sensibles fonctionnant ainsi, aussi spontanément que le muscle cardiaque ». *In situ*, il faut tenir compte de l'influence prépondérante des gaz dans le sang et principalement des variations de la tension du CO_2 et de l'O. La ventilation pulmonaire agissant par déperdition d'eau contribue aussi à la régulation thermique. C'est donc dans les environs de ce centre thermique, c'est-à-dire dans le diencéphale médian, qu'il sera logique de chercher un centre régulateur de la respiration. Les lésions de l'hypothalamus sont suivies, d'après certains auteurs, d'effets respiratoires dont l'interprétation reste assez difficile.

Plutôt que de conclure hâtivement de l'animal à l'homme, il serait à souhaiter que les neuro-chirurgiens usent des facilités qui leur sont données pour observer chez l'homme le support anatomique de la fonction respiratoire et de la régulation thermique.

B. *Le besoin d'eau*. La façon dont le système nerveux réalise ce remarquable équilibre en eau dans l'organisme humain est des plus complexes. Le métabolisme de l'eau, la balance de répartition hydrique, la notion même de soif posent une série de problèmes neuro-physiologiques du plus haut intérêt. L'auteur montre les difficultés de cette étude, en particulier le rôle des plexus de Meissner dans les acquisitions d'eau et les influences nerveuses qui règlent l'élimination hydrique rénale, cutanée et pulmonaire. Certaines expériences mettent en évidence le rôle du névraxe dans la teneur en eau du sang. L'anesthésie et la décérébration suppriment la dilution du sang qui, physiologiquement, devrait suivre le réchauffement du corps.

L'auteur fait un historique de la polyurie expérimentale et expose les notions récentes à ce sujet. Il pose enfin le problème de la soif, dont il montre qu'elle peut être le résultat d'une excitation mécanique de la tige de l'hypophyse en neuro-chirurgie.

C. *Principes d'orientation*. — L'auteur revient sur cette idée que les constatations expérimentales faites sur l'homme par les neuro-chirurgiens ont plus de valeur que l'expérimentation sur l'animal. Par ailleurs, il montre la difficulté qu'il y a à individualiser expérimentalement par la méthode des excitations tel groupe cellulaire. Il pense que le repérage des fils conduc-

teurs pour la recherche des courants d'action est susceptible de donner des résultats meilleurs que les fines études microscopiques.

L'étude des corrélations neuro-humorales reste la grande difficulté du problème et certaines actions jusqu'ici attribuées au système nerveux lui-même relèvent en réalité d'une véritable sécrétion hormonale et perturbent aussi les notions établies par l'anatomie et par les recherches neuro-physiologiques. Il semble qu'à l'heure actuelle, tout en conservant la vieille notion des deux systèmes antagonistes, il faille donner une part prépondérante à l'étude des interactions dues aussi bien aux agencements particuliers du système nerveux qu'aux transports humoraux et aux diverses régulations.

TROISIÈME RAPPORT

Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique, par M. J. LHERMITTE.

L'auteur énonce une idée qui lui est chère, à savoir que les problèmes de physiologie pathologique, de clinique et d'anatomie pathologique sont des problèmes différents et qui doivent être traités séparément. Pour l'instant il limite son sujet à l'étude des problèmes anatomo-cliniques. Après une rapide revue des connaissances actuelles sur les connexions anatomiques et physiologiques des appareils végétatifs hypothalamiques avec l'hypophyse et les interactions physiologiques hypophyso-diencephaliques, il fait un court exposé des syndromes proprement hypophysaires et dont l'origine n'est plus discutée aujourd'hui : acromégalie, gigantisme, nanisme, maladie de Cushing, maladie de Simmonds. C'est ensuite qu'il traite des syndromes infundibulo-tubériens.

A. *Le diabète polyurique* ou *insipide* n'est pas dû à une lésion pure de l'hypophyse, et on ne peut, pour soutenir cette opinion, tirer argument de l'influence antidiurétique de l'extrait hypophysaire.

B. *La narcolepsie* et ses dérivés (cataplexie, géloplégie, picnolepsie) sont nettement commandés par le système végétatif diencephalique ainsi que :

C. *L'hyperorexie* et la *boulimie*.

D. *La polydipsie* a été provoquée expérimentalement chez l'homme par excitation directe de l'infundibulum. A ce problème se rattache celui de certains diabètes insipides et de la dipsomanie.

E. *La glycosurie* est certainement d'origine diencephalique comme tendent à l'établir la clinique et la neuro-chirurgie. L'association de la glycosurie avec certains syndromes végétatifs hypothalamiques est certaine. A la glycosurie peut s'associer un trouble de la régulation du chlorure de sodium et du métabolisme de l'eau et des glucides.

F. *L'obésité* et les *lipodystrophies* se divisent en :

a) *Obésité diencephalique*, fait clinique et expérimental incontestable, prédomine au tronc, à l'abdomen et à la racine des cuisses. Elle se voit comme séquelle d'encéphalite épidémique ou de maladie de Heine-Medin à forme hypothalamique et s'accompagne d'autres signes d'atteinte hypo-

thalamique. — Maladie différente de celle décrite par Cushing, elle relèverait d'une lésion des noyaux mamillaires supra-optiques et para-ventriculaires.

b) La *lipodystrophie progressive* semble liée à une altération du système végétatif central ; elle se caractérise cliniquement par une adipose localisée aux membres inférieurs avec maigreur de la face, du tronc et des membres supérieurs (maladie de Barraquer-Simons).

G. Le *syndrome de Laurence-Moon-Bield* est un syndrome adiposo-génital s'accompagnant d'une rétinite pigmentaire ; il se sépare anatomiquement du syndrome de Leschke par l'absence d'altération hypophyso-surrénale.

H. Le *syndrome adiposo-génital* (ou syndrome de Babinski-Frölich) semble pouvoir reconnaître deux origines : une origine diencephalique, une origine hypophysaire ; mais l'origine hypophysaire ne semble jamais exister à l'état pur et s'accompagne avec une grande fréquence de lésion tubérianne.

Fréquent dans les séquelles d'encéphalite épidémique, il prend cliniquement un aspect différent suivant qu'il frappe le malade avant ou après la puberté. C'est dans le premier cas que le syndrome adiposo-génital s'accompagne de troubles de la croissance.

La *macrogénitosomie précoce* semble due beaucoup plus à une lésion des tubercules mamillaires qu'à une lésion pinéale. L'auteur discute la possibilité d'interaction génito-hypophysaire et particulièrement d'une répercussion lésionnelle des glandes génitales sur l'hypothalamus.

Le rapporteur va discuter ensuite l'origine diencephalique de certains syndromes.

La *cachexie hypophysaire* ou *maladie de Simmonds* est vraisemblablement d'origine diencephalique.

L'*hypothalamus*, de façon certaine, retentit sur l'*hématopoïèse*. Les lésions de l'hypothalamus peuvent créer de la leucocytose comme cela se voit dans certaines tumeurs du 3^e ventricule et expérimentalement sur l'animal. Ce serait peut-être là qu'il faudrait chercher également l'origine de certaines anémies cryptogénétiques.

Par contre, l'origine infundibulaire de certaines *dystrophies osseuses* et *musculaires* ainsi que de la myotonie atrophique est loin d'être prouvée.

L'*épilepsie diencephalique* de Wilder-Penfield caractérisée par des crises de sudation et de larmes qui s'accompagnent de mydriase, d'exophtalmie, de troubles circulatoires et respiratoires avec hypothermie, est le témoin de certaines tumeurs du ventricule moyen. Elle ne semble pas être en soi une preuve de l'existence d'un centre épileptogène diencephalique.

Enfin l'existence de certains états hallucinatoires, au cours des tumeurs du 3^e ventricule, semble relever d'une perturbation particulière de la fonction hypnique.

En conclusion, M. Lhermitte montre que les divers noyaux du diencephale sont en étroite corrélation et que l'on ne saurait donner à chaque noyau une spécificité physiologique. C'est dans l'étendue et l'intensité de la lésion, beaucoup plus que dans sa topographie, qu'il faut chercher l'origine et les particularités de certains syndromes cliniques.

La distinction entre les effets dus à des lésions destructives et des lésions excitatrices semble assez vaine.

QUATRIÈME RAPPORT

La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne,
par M. ANDRÉ-THOMAS.

L'auteur débute en nous montrant l'influence du système nerveux sur la régulation thermique, et particulièrement sur ses deux mécanismes essentiels : la thermolyse et la thermogenèse.

Son exposé se divise en trois parties :

I. *Physiologie*. — Le rapporteur étudie les différents procédés d'exploration physiologique de la région et montre la contradiction des résultats obtenus. La *piqûre thermique* produit l'hyperthermie, mais quel que soit son point d'application. L'*excitation électrique* est très constante dans ses résultats. Les *destructions* et *sections* entraînent chez l'animal la *poikilothermie* lorsqu'elles sont destructives et appliquées au tuber et qu'elles sont à la fois bilatérales et médianes ; l'irritation du tuber, par contre, crée l'hyperthermie. La transsection au niveau du bord antérieur du pont entraîne une instabilité de la température centrale. La décérébration reste sans effet. La région infundibulaire est la plus sensible et ses altérations agissent à la fois sur la thermogenèse et sur la thermolyse. Les expériences de destruction des centres infundibulo-tubériens après *refroidissement* ou *échauffement* des centres nerveux empêchent les modifications inverses de la température centrale ; c'est pourquoi les réactions au chaud et au froid, comme le frisson, font défaut chez les animaux dont on a détruit la région hypothalamique.

L'*hyperthermie* ou l'*hypotonie* peuvent être provoqués par différents agents chimiques ou infectieux (pyrétothérapie) ; chez le lapin l'ablation du cerveau intermédiaire rend l'animal insensible à toutes ces substances, de même que l'ablation de la région infundibulaire.

II. *Pathologie*. — Dans les *tumeurs cérébrales* l'hyperthermie est fréquente (tumeur de la base, tumeur de l'hypophyse, tumeur du plancher du III^e ventricule). Dans les tumeurs infundibulaires la température est généralement normale, mais assez fréquemment apparaissent des crises hyperthermiques, parfois associées à des crises narcoleptiques.

L'*hyperthermie chirurgicale*, accident souvent assez grave et précoce au cours des interventions sur la région hypophysaire ou juxta-hypophysaire. Elle peut se produire dans d'autres localisations néoplasiques. La ventriculographie, l'encéphalographie, la ponction du corps calleux sont susceptibles de s'accompagner de crises hyperthermiques, de même que la simple ponction lombaire. Mais c'est l'*encéphalite épidémique* qui réalise le plus fréquemment différents troubles thermiques.

C'est tout d'abord l'*hyperthermie d'emblée*, de pronostic grave ; l'hyperthermie échelonnée au cours de la maladie ; l'inversion du rythme thermique.

Dans le *diabète insipide* l'hyperthermie est plus rare.

III. *Mécanisme physiologique*. — Il semble que les centres nerveux soient susceptibles d'agir d'une façon plus efficace sur la thermogenèse que sur la thermolyse. Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de préciser si les lésions hypothalamiques sont irritatives ou paralytiques. Il ne semble y avoir aucun rapport constant entre l'intensité des lésions et

l'intensité des troubles cliniques. Pour les neuro-chirurgiens l'importance du plancher du III^e ventricule est considérable, et cette région semble d'une fragilité toute spéciale aux incitations qui sont portées sur elle au cours de l'intervention. Pour le physiologiste, la région infundibulo-tubérienne apparaît comme un carrefour où aboutiraient les besoins de l'organisme : besoins conscients et volontaires émanant du système cérébro-spinal, besoins instinctifs, inconscients, sous la dépendance du système végétatif. C'est parmi ces derniers qu'il faut ranger les fonctions de nutrition, les métabolismes et la régulation thermique.

La théorie selon laquelle la région tubérienne fonctionnerait comme centre végétatif sous l'influence d'une hormone ne doit pas être retenue.

Il semble actuellement prématuré de parler de centres thermiques proprement dits, mais cependant le rôle de la région infundibulo-tubérienne dans la régulation thermique semble indéniable.

DISCUSSION DES RAPPORTS

M. NICOLESCO (de Bucarest) reconnaît que l'étude topographique et morphologique de l'hypothalamus chez l'homme conduit à la description de M. Laruelle, mais il pense qu'on ne peut ni ne doit mésestimer les données fécondes de la phylogenèse. C'est pourquoi, il pense que le noyau T.M.T. tel que l'envisage le rapporteur est discutable.

Quant aux synergies fonctionnelles hypothalamo-hypophysaires, les connexions nerveuses et circulatoires peuvent les expliquer en partie. L'existence de fibres sensitives dans la tige hypophysaire, démontrée à l'heure actuelle, peut expliquer certains phénomènes.

M. DIDE (de Toulouse) insiste sur les granulations cytoplasmiques acidophiles des cellules végétatives diencéphaliques et intra-axiales, granulations qui diminuent dans la sénilité, sur la possibilité de mitoses cellulaires. Il pense qu'on doit accorder une importance considérable aux lésions hypothalamiques dans la genèse des troubles mentaux « par insuffisance de l'élan instinctif », tels que dans les signes primordiaux de l'hébéphrénocatatonie, ainsi qu'il l'a soutenu avec M. Guiraud depuis très longtemps.

M. AYALA (de Rome) discute les interactions hypothalamo-glandulaires, en insistant sur le rôle principal de l'hypothalamus. Il cite le cas quasi-expérimental d'un garçon de 17 ans, qui fut pris d'un épisode thermique avec insomnie, polyurie massive (30 litres), polydypsie, crises comitiales et troubles psychiques et chez lequel l'examen anatomique montra une encéphalite confinée à l'hypothalamus.

MM. ROUSSY et MOSINGER (de Paris) précisent les limites de l'hypothalamus en se basant sur la phylogenèse, l'ontogenèse et l'anatomie. Ils sont conduits à distinguer deux parties : l'une antérieure, tubéro-hypophysaire ; l'autre, postérieure, mamillaire, différentes l'une de l'autre au triple point de vue : anatomique, physiologique et pathologique.

Les auteurs insistent enfin sur les connexions de l'hypothalamus avec le cortex et les noyaux gris centraux d'une part, avec l'hypophyse et les formations du tronc cérébral et médullaire, d'autre part.

M. FROMENT (de Lyon) met en relief les discordances qu'on signale fréquemment entre la clinique et l'anatomie pathologique des lésions hypothalamiques. Il insiste sur le fait que, dès 1922, il était parvenu aux conclusions adoptées par les rapporteurs, et s'étonne de ne pas se trouver cité dans leur bibliographie.

M. NIESSL VON MAYENDORF (de Leipzig) pense que le corps de Luys doit être intégré dans les limites de l'hypothalamus postérieur.

M. Vincenzo NERI (de Milan) a pu réaliser des expériences de circulation croisée entre un animal duquel on excite l'hypothalamus et l'autre, témoin; cela dans le but de préciser si la régulation des grandes fonctions végétatives par l'hypothalamus se fait par voie nerveuse, hormonale ou vasomotrice. Il conclut qu'aussi bien pour la régulation du sommeil que pour la respiration (uniquement étudiées jusqu'ici), il s'agit de processus purement nerveux.

A propos des troubles thermiques consécutifs aux interventions sur l'encéphale, par MM. Th. de MARTEL et J. GUILLAUME.

Ayant étudié depuis plusieurs années les réactions neuro-végétatives, et en particulier les troubles de la régulation thermique secondaires aux interventions sur l'encéphale, MM. Th. de Martel et J. Guillaume ont été amenés à considérer l'hypertension intra-ventriculaire comme jouant un rôle capital dans le déterminisme de ces troubles. Par un dispositif spécial leur permettant de maintenir constante cette précision et de contrôler ses variations, ils ont pu apporter de nombreux faits en faveur de l'intervention des centres d'encéphaliques. Ils ont montré que toute variation brusque de la tension du liquide céphalo-rachidien dans le III^e ventricule, aussi bien dans le sens d'une hypotension que d'une hypertension, agissait sur ces centres.

D'autre part, le traumatisme direct de la région infundibulo-tubérienne au cours des interventions sur la région hypophysaire déclanche des troubles de la régulation thermique dont l'apparition est rapide et indépendante des modifications de tension intra-ventriculaire.

Ils concluent donc au rôle capital de ces centres, qu'ils soient atteints directement au cours de l'intervention, ou secondairement par l'intermédiaire des modifications de tension du liquide céphalo-rachidien.

RÉPONSES DES RAPPORTEURS

1. — M. LARUELLE pense que le désaccord avec M. Nicolesco est plus apparent que réel : si l'on tient compte uniquement de la morphologie, le noyau supra-optique et la bandelette forment, en effet, un seul et même groupement.

Avec MM. Roussy et Mosinger, il reconnaît l'importance de l'embryologie hypothalamique dont il ne faut pas cependant forcer la valeur. Pour ce qui est de la neurocrinie, il faut attendre, avant de l'admettre, que des données autres que la morphologie pure l'imposent.

Enfin, on ne doit pas, comme semble le faire M. Niessl von Mayendorf, intégrer le corps de Luys dans l'hypothalamus.

2. — M. TOURNAY met en relief les points plus intéressants pour le physiologiste, des faits apportés par MM. Brousseau, Neri, de Martel et Guillaume, faits qui renforcent quelques-unes de ses conclusions. Il croit qu'on peut en dégager quelques données : 1^o le système végétatif se comporte d'autre façon que le système cérébro-spinal, du moins envers les excitations non physiologiques ; 2^o l'hypothalamus n'est pas un étage de commandes, mais bien un appareil de réglage. Ainsi, on peut comprendre

le paradoxe, selon lequel une petite lésion produit des manifestations massives, alors que la destruction ou l'ablation sont souvent muettes.

3. — M. LHERMITTE s'accorde avec M. Dide pour reconnaître l'importance des troubles végétatifs dans l'hébéphrénie, mais pense que leur origine hypothalamique est encore à prouver. Il insiste sur le fait que la lésion diencephalique peut influencer le rythme et la ténacité de la vie affective, mais non pas l'intelligence ou la « conscience » comme le soutiennent quelques auteurs.

4. — M. ANDRÉ-THOMAS met en relief les faits, de valeur expérimentale, apportés par MM. de Martel et Guillaume sur les mécanismes diencephaliques de régulation thermique. Il insiste sur les modalités des réactions hypothalamiques : il n'y a pas de centres, mais une région extrêmement sensible, un dispositif régulateur dont on aperçoit seulement les grandes lignes. Pour terminer, M. André-Thomas fait le point des acquisitions et donne quelques indications sur l'orientation des recherches à poursuivre.

COMMUNICATIONS A PROPOS DES RAPPORTS

Épilepsie diencephalique post-traumatique, par M. A. BROUSSEAU (Paris).

L'auteur précise les caractères de l'épilepsie diencephalique tels qu'ils ont été fixés par Penfield, c'est-à-dire lorsque les premiers symptômes sont strictement végétatifs. Il en est ainsi dans un cas consécutif à un traumatisme, dont l'auteur projette le très démonstratif film.

Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse, par M. P. COSSA (de Nice).

Chez une malade porteuse depuis 40 ans d'un goitre parenchymateux, apparaît une crise de délire hallucinatoire, en relation avec une hypertension artérielle à 20-13-9. Traitement à l'Acécoline. Régression rapide des troubles mentaux et de l'hypertension. Puis extirpation du goitre (Dr Grinda). Depuis (6 mois), T.A. et état psychique normaux. Le mécanisme vasomoteur paraît ici indiscutable comme intermédiaire entre le désordre glandulaire et le désordre psychique. A-t-il été seul en jeu ? Y a-t-il eu action directe de la sécrétion endocrine anormale sur les centres diencephaliques — et sur lesquels ?

Forme fébrile et héli-myoclonique d'une tumeur kystique du tronc cérébral, par MM. ROGER, MOSINGER et RAYBAUD.

Ces auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'une malade de 16 ans, suivie pendant 10 ans. Au début, phénomènes thermiques, après lesquels s'installe une hémiparésie à laquelle succèdent des myoclonies brachiales associées à des mouvements choréo-athétosiques. Le diagnostic d'encéphalite épidémique est retenu, lorsque 5 ans plus tard un syndrome d'hypertension intracrânienne nette avec hémianopsie latérale droite fait réformer le diagnostic. Il s'agissait d'un volumineux gliome pédonculaire creusé d'une cavité kystique.

Diabète insipide consécutif à une fièvre typhoïde datant de 5 ans. Guérison par Roentgenthérapie de la région diencéphalique, par M. VERCELLI (de Milan).

M. Vercelli rapporte l'observation d'une femme de 27 ans qui, après une typhoïde, fait des complications cérébrales : confusion, narcolepsie. Enfin un diabète insipide (la polyurie a précédé la polydipsie) reste comme séquelle. La radiothérapie amène une amélioration notable.

Quelques données nouvelles sur le métabolisme de l'eau, par M. Chr. Rizzo (de Milan).

M. Chr. Rizzo a étudié systématiquement le métabolisme hydrique, par l'épreuve de Volhard, chez les sujets atteints de diabète insipide. De ces recherches il conclut que, chez ces malades, le système régulateur du métabolisme est plus sensible au stimulus hydrique, mais aussi beaucoup plus labile que chez le sujet sain.

Le rôle de l'hypothalamus dans la polyarthrite chronique déformante, par M. Fedele NEGRO (de Turin).

A propos de quelques observations, M. Fedele Negro discute les théories qui se partagent le terrain étio-pathogénique de cette affection, et pense qu'aussi bien les données cliniques que thérapeutiques semblent montrer des rapports étroits entre l'hypothalamus et la maladie ; mais on en est encore dans le domaine des hypothèses.

Les lésions de l'hypothalamus dans les syndromes neuro-anémiques, par MM. LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA.

Ces auteurs apportent l'observation anatomo-clinique d'un syndrome neuro-anémique où l'examen histologique montre, en plus des lésions médullaires habituelles, une démyélinisation diffuse de la partie antérieure du globus pallidus — fait signalé déjà par Dechaume — et des altérations dans les noyaux végétatifs de l'hypothalamus.

Neurospongiome du 3^e ventricule sans symptômes de localisation, par MM. ANDRÉ-THOMAS et J. O. TRELLES.

Examen histo-pathologique d'un cas, déjà présenté à la Société, où la symptomatologie était celle des tumeurs de la fosse postérieure. Il s'agit d'un neurospongiome du III^e ventricule, infiltrant largement le thalamus et la région sous-optique, ayant envahi et refoulé le plancher du III^e ventricule et, par conséquent, envahissant tous les noyaux hypothalamiques. Des cas semblables où, malgré l'envahissement du diencéphale, les signes végétatifs font défaut, ne sont pas très fréquents.

Influence de certaines réactions conjonctivo-lymphatiques sur les troubles vago-sympathiques des affections intracrâniennes, par M. L. ALQUIER.

Le tissu conjonctif accolé au squelette cranio-rachidien est infiltré et enraidit dans toute affection inflammatoire ou dégénérative du névraxe. La

réflexothérapie de la rétractilité tissulaire assouplit les crispations et enraidissements, faisant jouer un réflexe neuro-végétatif distinct de la vasomotricité. Ce réflexe, régulateur de la circulation lymphatique, commande le drainage lymphatique. Grâce à lui, on réalise la diffusion des infiltrats, et leur résorption. En même temps, s'améliorent bien des symptômes, qui disparaissent dès qu'une irritation reproduit la crispation tissulaire. La régulation de la rétractilité rééquilibre toute la réflexivité végétative, et assure aux lésions des centres nerveux une meilleure circulation sanguine et lymphatique.

COMMUNICATIONS ADRESSÉES

1. — Quelques troubles végétatifs dans un cas d'encéphalite basilaire à forme dissociée, par M. CATOLA (de Florence).
2. — Les propriétés thermo-régulatrices du tuber cinereum, par M. SALMON (de Florence).
3. — Observation anatomo-clinique d'un cas d'épendymite kystique du 3^e ventricule, par MM. DRAGANESCU et SAGER (de Bucarest).
4. — Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite épidémique, par MM. MARINESCO, E. FAÇON et G. BUTTU (de Bucarest).
5. — Syndrome infundibulo-tubérien à la suite d'un traumatisme cranien, par MM. MARINESCO et E. FAÇON (de Bucarest).
6. — Syndrome diencephalo-hypophysaire, acromégalie chiropodale avec parkinsonisme post-encéphalitique, par MM. RADOVICI et M^{lle} RISPSINE PAPAZIAN (de Bucarest).

II

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDS DÉJERINE

Les dystrophies ectodermiques congénitales, par M. Ludo van BOGAERT (d'Anvers).

M. Ludo van Bogaert fait une étude exhaustive, clinique et anatomique de la maladie de Bourneville-Brissaud, de la maladie de Recklinghausen, de la maladie de Lindau-von Hippel. S'attachant surtout à montrer les liens de ces différentes maladies, M. van Bogaert n'a retenu, pour le but qu'il s'était assigné, que quelques cas soigneusement sélectionnés, cas familiaux et suivis à travers plusieurs générations, dont quelques-uns avec examen anatomique, de façon à posséder une véritable étude tri-dimensionnelle de l'affection et saisir de la sorte les variations de la noxe, ses relations avec les phénotypes.

De cette remarquable étude, dont nous regrettons de ne pouvoir donner l'analyse, M. van Bogaert croit pouvoir grouper sous le terme de « dystro-

phies ectodermiques congénitales » : la sclérose tubéreuse (maladie de Bourneville-Brissaud), la neuro-fibromatose périphérique (maladie de Recklinghausen) et sa *forme centrale* (neurinomes bilatéraux de l'acoustique), l'angiomatose des centres nerveux (Lindau-von Hippel). En effet, ces affections ont pour caractères communs : 1° d'être véritablement des dystrophies ectodermiques, la part mésodermique étant négligeable et la même pour les trois.

2° les tumeurs caractéristiques revêtent souvent une disposition métamérique ;

3° elles prennent toutes naissance dans une période fœtale relativement courte et sensiblement la même.

La syphilis du cervelet, par M. CHRISTOPHE.

M. Christophe s'attache tout d'abord à limiter son sujet. Il élimine de son exposé les héli-syndromes cérébelleux par lésion en foyer, soit des pédoncules, soit des hémisphères, que l'on observe habituellement dans l'évolution des syphilis vasculaires.

Il n'aura en vue que les processus de cérébellite spécifique, dans laquelle le processus tréponémique frappe aussi bien les méninges que le parenchyme cérébelleux. Les lésions méningées sont banales. Quant aux lésions de cérébellite, elles revêtent les deux aspects classiques : inflammatoire et dégénératif, ou les deux à la fois.

Les lésions dégénératives sont parfois si accusées qu'elles réalisent une véritable forme atrophique, de beaucoup la plus intéressante, qui a été l'objet de mémoires récents en France et à l'étranger. Dans ces cas, il y a des processus lésant la couche moléculaire, mais plus sévèrement les éléments de Purkinje et les cellules de la couche des grains, phénomènes qui vont de pair avec l'hyperplasie et la prolifération de la névroglie.

Au point de vue clinique, les signes cérébelleux n'offrent rien de particulier ; aussi le diagnostic étiologique est fonction des signes associés et des examens humoraux.

Pour terminer, l'auteur étudie avec soin les troubles cérébelleux dans la paralysie générale banale. Chez 100 paralytiques généraux qu'il a eu l'occasion d'examiner, les troubles cérébelleux se révèlent fréquents. Plus intéressantes sont les formes, rares, il est vrai, de paralysie générale à forme cérébelleuse, dans lesquelles le processus paralytique se localise au cervelet.

P. MARESCHAL.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Les origines du caractère chez l'enfant, par Henri WALLON. Paris, Boivin et Cie éditeurs, 1934, x-267 pages in-12.

Sous ce titre, M. Wallon réunit des Etudes qui ont paru dans diverses revues et dont, pour les deux dernières, il a été rendu compte ici même. Leur lien commun réside à la fois dans leur objet et dans leur méthode. D'une part, elles étudient les trois grands aspects des réalisations psychiques de l'enfant pendant ses trois premières années, le comportement émotionnel, la connaissance du corps propre, la connaissance de soi, en partant chaque fois des sources de la vie psychique et en faisant voir les enchaînements et les concordances de ces trois aspects. D'autre part, la méthode appliquée à chacun de ces trois aspects est la même : elle procède essentiellement du principe qu'en psychologie il n'y a pas de série close, que tout peut en conséquence, être interprété en fonction d'un ensemble structuré et d'une évolution orientée. La perspective dominante est celle de l'ensemble du comportement de l'enfant pendant ses trois premières années; d'autres ensembles interviennent : le comportement historique de l'espèce humaine, le comportement animal, les génèses et régressions fonctionnelles, les cycles psychophysiologiques ; deux principes surtout ne doivent pas être oubliés : c'est que l'enfant n'a d'existence que par rapport à l'adulte, et l'homme par rapport à la société. Un même fait doit être étudié non seulement dans l'ensemble où il est observé, mais dans les divers ensembles où il est susceptible d'être inclus. A côté de ces ensembles statiques, il faut encore tenir compte de cet ensemble dynamique qu'est l'évolution psychique de l'enfant ; la lenteur des étapes qui l'acheminent vers l'équilibre tend à la faire méconnaître et morceler en moments distincts : d'où l'opposition entre le mécanisme et la finalité, que les tentatives métaphysiques qui font une large place au devenir créateur se sont efforcées de concilier ; dans de telles notions, il y a des instruments que la science peut dépouiller de tout mysticisme et substituer aux catégories du passé pour mieux décrire, analyser et interpréter les faits.

Plus que tout autre aspect psychique, celui du caractère exige d'être replacé dans la totalité de ses conditions : le caractère exprime en effet la

totalité de la personne, la « *Ganzheit* », l'indice individuel de chaque action, la parenté latente qui les unit ; mais ces dispositions subjectives sont elles-mêmes indissolublement unies à des situations déterminées. « Le fait initial est l'acte d'adaptation qui les unit entre elles. » (page 13).

En ce sens, il ne peut guère être question de caractère chez l'enfant, le milieu très circonscrit de ses relations ne lui offrant que des situations « uniformes et d'une espèce peu propice aux manifestations originales ou personnelles » (page 15). On ne peut trouver, chez lui, que les origines du caractère sous les espèces du comportement émotionnel, de la conscience du corps propre ou de la conscience de soi. Tel trait de l'adulte ou tel symptôme apparaîtra en revanche comme une persistance infantile ou une régression ; c'est ainsi que la jalousie est « retour vers le stade où celui qui participe à une situation affective en ressent les attitudes complémentaires » (page 228) ; la crise hystérique ou émotive n'est pas sans parenté avec les décharges toniques du nouveau-né ; il y a bien chez l'enfant, une période bucco-anale, et certains restent toute leur vie des digestifs, dont l'humeur et l'affectivité sont sous la dépendance des besoins et des satisfactions alimentaires.

Notons à ce propos que, si sur des points assez nombreux, Wallon rejoint Freud et son école par ses constats, la considération des ensembles est précisément ce qui lui en fait critiquer les interprétations doctrinales. C'est ainsi qu'il lui paraît faux de donner une signification érotique à l'intérêt puissant que suscitent chez l'enfant ses sensibilités organiques : l'activité de relation absente ne peut les réduire ni les camoufler ; plus tard, les jouissances qu'il en tire, non délimitées par d'autres, pourront lui apparaître comme grosses de toutes les jouissances possibles, « mais si avant toute différenciation la jouissance est en effet d'une qualité unique, c'est un abus que d'en identifier les origines avec une de ses différenciations ultérieures » (page 25).

Si nous nous sommes attaché à dégager l'esprit et la méthode de ce livre, c'est qu'il est difficile, dans un bref compte rendu, d'en suivre pas à pas la dialectique et d'en analyser le contenu, riche de faits nouveaux ou rares, toujours significatifs, et de réflexions originales. Le thème essentiel nous paraît être celui de l'activité tonique, dont l'auteur se plaît à souligner l'intervention dans les divers aspects de la vie psychique.

On trouvera dans la première partie une théorie des émotions. Ce sont des réactions organisées qui ont leurs centres dans le système nerveux. En opposition avec l'automatisme comme avec la représentation, elles ne sont un facteur de réussite que dans la mesure où elles se laissent éclipser. L'action de type émotionnel correspond à un stade de comportement où le pouvoir conceptuel restant limité, il importe cependant de réagir à temps. Par ailleurs, elle est une modalité essentielle de l'action sur autrui ; d'où la culture de l'émotion collective dans les peuplades collectives, en vue de l'action en commun. En tant qu'action sur autrui, l'émotion annonce le langage et le symbolisme. Elle apparaît ainsi comme un intermédiaire entre l'automatisme et la connaissance.

Dans la deuxième partie, on trouvera une étude de la formation de la notion de corps propre et une critique de la cénesthésie ; dans la troisième, une étude de la formation de la conscience du soi (cf. *Annales Médico-Psychologiques*, nov. 1932 et juillet 1933).

Au total, au cours des trois premières années, le psychisme de l'enfant parcourt une série d'étapes cohérentes, à la fois dans leur structure propre

et dans leurs rapports avec l'évolution de l'individu : « Sous l'influence des possibilités que réaliseront les suivantes, l'équilibre se modifie et sa rupture marquera l'avènement d'une autre période » (page 264). L'unité du livre consiste précisément à chercher dans les trois premières années les signes et le sens des changements qui préparent la période suivante, celle qui débute avec les premières réactions de la personnalité.

Daniel LAGACHE.

NEUROLOGIE

La syphilis du cervelet et des connexions cérébelleuses, par J. THIERS, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris. *Préface* de M. le Prof. Ch. ACHARD, Membre de l'Institut. (1 vol. in-8°, 104 p. avec 10 fig. dans le texte. G. Doin édit., Paris 1934).

La syphilis du cervelet n'avait encore fait jusqu'ici l'objet d'aucune étude d'ensemble. Des notions que nous possédons, la plupart se trouvent éparses dans un petit nombre d'observations, publiées par des revues spéciales, les autres ont été recueillies incidemment, à l'occasion de recherches concernant les maladies syphilitiques des centres nerveux. C'est pour combler cette lacune, que M. Thiers, amené par ses travaux antérieurs sur l'hémiplégie cérébelleuse à penser que l'étiologie de cette affection est presque toujours syphilitique, a voulu grouper à côté des lésions dues à l'artérite, toutes celles qui, à un titre quelconque, relèvent d'une atteinte syphilitique du cervelet ou de ses connexions.

L'auteur a divisé son exposé en 4 parties. La première, de beaucoup la plus étendue, est consacrée à l'*hémiplégie cérébelleuse syphilitique* à peu près aussi fréquente que l'hémiplégie cérébrale mais, le plus souvent méconnue. Consécutive à l'évolution de l'artérite syphilitique, dans les territoires cérébelleux, elle peut intéresser par le mécanisme du ramollissement ou de l'hémorragie, les hémisphères (hémiplégie centrale) ou les pédoncules (hémiplégie cordonale) cette dernière si bien caractérisée par son ictus, son syndrome de déficit, ses variétés suivant le siège, son pronostic aisément modifiable par le traitement.

La deuxième partie a trait aux gommès ; la troisième, aux lésions du cervelet au cours des affections syphilitiques du système nerveux : tabès, paralysie générale. La question pleine d'actualité de l'ataxie ou cérébellite aiguë syphilitique y est posée et discutée. Enfin, dans le quatrième chapitre sont envisagés les rapports des atrophies cérébelleuses avec l'infection syphilitique.

Cette excellente monographie met au point et schématise avec clarté ce que nous savons, à l'heure actuelle, de la syphilis du cervelet.

R. C.

Les tumeurs de la loge cérébelleuse, Diagnostic-Traitement, par Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. (1 vol. in-8°, 460 p. avec 42 fig. et 5 radios dans le texte. G. Doin édit., Paris 1934).

MM. Th. de Martel et J. Guillaume présentent dans ce travail une étude clinique et thérapeutique des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, basée sur 139 cas, observés et opérés par eux, au cours de ces trois dernières années.

Dans une première partie, les auteurs examinent minutieusement la *symp-tomatologie générale* des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Dans la deuxième partie, l'*anatomie des tumeurs* de cette région est décrite avec tous les détails nécessaires. La troisième partie est consacrée à l'étude attentive de divers *types anatomo-cliniques* : Tumeurs de la ligne médiane des hémisphères cérébelleux, de l'angle ponto-cérébelleux, de l'axe pédonculo-bulbo-protubérantiel, des arachnoidites kystiques, et au *diagnostic différentiel* de ces néo-formations. Pour terminer, ils exposent les conditions du *traitement chirurgical* par le procédé bien connu du Dr Th. de Martel (volets ostéo-plastiques) avec de nombreuses figures et schémas, ainsi que ses *résultats thérapeutiques*.

De nombreuses observations détaillées terminent ce bel ouvrage, dans lequel on trouvera, avec l'étude clinique de ce groupe important de tumeurs cérébrales, la mise au point actuelle de leur traitement chirurgical.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La stérilisation eugénique des anormaux, par le Dr G. SZWARC, ancien externe des hôpitaux de Paris, licencié ès lettres. *Thèse, Paris, 1934, Am. Legrand, éd., 133 p.*

Question toute d'actualité que l'auteur expose avec un scepticisme justifié. Il demande en effet qu'elle ne soit acceptée ou même discutée qu'après confirmation par des données scientifiques précises et certaines. Or, ces données, les possédons-nous réellement, ou bien la stérilisation eugénique, ayant pour but d'éviter la transmission des tares héréditaires à la descendance, n'est-elle qu'une utopie dangereuse ?

La stérilisation sexuelle a été appliquée en Amérique dès 1907, dans le cas soit d'aliénation mentale ou de maladies héréditaires (stérilisation eugénique), soit de crimes sexuels (stérilisation répressive), soit d'inaptitude sociale (stérilisation économique). On tend d'une part à stériliser les anormaux, faibles d'esprit principalement, en période d'activité sexuelle, aptes à être libérés sur parole, d'autre part à étendre ce procédé de défense sociale à tous les individus considérés comme de mauvais procréateurs : arriérés, aliénés et simples psychopathes, délinquants et criminels, épileptiques, ivrognes et toxicomanes, malades atteints d'affections chroniques (tuberculose, syphilis, cancer), aveugles et sourds, malformés et estropiés, enfin orphelins, sans logis, vagabonds et pauvres... Il nous paraît inutile de souligner pareil abus, monstrueux et illogique. Chacun de nous connaît des sujets tout à fait remarquables issus de procréateurs ainsi tarés. Combien notamment de brillants « hérédos » !

En Suisse (loi du canton de Vaud, 1928), la stérilisation est facultative et non obligatoire ; la loi ne vise que l'incapacité mentale ou physique de procréer ou d'élever des enfants sains et normaux ; le Conseil de Santé autorise les demandes mais n'ordonne pas lui-même l'intervention.

En Allemagne (loi du 14 juillet 1933), la stérilisation peut être facultative ou obligatoire. Elle frapperait les personnes tarées s'il était à prévoir avec une grande probabilité que leurs descendants dussent être atteints de tares héréditaires physiques ou mentales graves. La décision est prise par un Tribunal d'Hygiène héréditaire.

Le Dr Szwarc étudie l'hérédité dans la pathologie mentale et nerveuse et critique sévèrement l'application que l'on voudrait y établir des lois mendéliennes. La critique est âpre, souvent juste, parfois cependant excessive. A notre avis, on ne saurait admettre ni éliminer en bloc la stérilisation eugénique. A part les grandes arriérations (imbécillités), où d'autorité on peut reconnaître son utilité sociale (surtout chez la femme), la stérilisation doit être étudiée, non dans telle ou telle affection mentale, mais suivant le cas concret soumis à l'appréciation psychiatrique. Rarement ainsi on aurait toutes raisons valables de la réclamer, plus rarement encore si la société était mieux défendue contre l'alcoolisme, contre la délinquance à répétition et contre l'amoralité perverse ; mais c'est là une autre question...

R. DUPOUY.

THÉRAPEUTIQUE

La ponction cisternale (ponction sous-occipitale), par le Professeur Mariano R. CASTEX, Recteur de l'Université de Buenos-Ayres, et le Dr Luis E. ONTANEDA. in *La Pratique Médicale Illustrée*. Traduction du Dr Gaullieur-L'Hardy. (1 vol. in-8°, 70 p. avec 17 fig. en noir dans le texte et 5 planches en couleurs hors texte. G. Doin édit., Paris 1934).

Dans ce travail, les auteurs établissent d'abord l'histoire de la ponction sous-occipitale qu'ils préfèrent dénommer « cisternale » pour bien marquer que c'est la « Cisterna Magna » qui est la région à atteindre au cours de l'intervention.

Après une minutieuse description anatomique accompagnée de figures très explicites, ils exposent les techniques suivies par les autres auteurs et en montrent impartialement les avantages et les inconvénients, les principaux de ces derniers étant que l'on ignore à quelle profondeur exacte se trouve la Cisterna Magna dans chaque cas, et la situation de la pointe de l'aiguille au cours de la ponction.

Avec la technique personnelle de MM. Castex et Ontaneda, ces deux notions sont au contraire toujours fournies de façon précise, grâce à une instrumentation très simple et à condition de suivre rigoureusement les règles édictées par les auteurs. En agissant ainsi, on obtient une sécurité absolue, but principal des recherches et des efforts des deux éminents cliniciens argentins, ainsi que cela ressort de leur remarquable statistique.

Ils étudient ensuite longuement au point de vue physiologique la tension cisternale, les effets de la ponction sur l'organisme et enfin les avantages que présente cette dernière, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

R. C.

Les traitements de la syphilis, par R.-J. WEISSENBACH, Médecin de l'Hôpital Broca et G. BASCH Médecin des Hôpitaux de Paris. in *Collection des Actualités de Médecine Pratique*. (1 vol. in-16, 150 pages. G. Doin édit., Paris 1934).

Dans ce livre, destiné aux médecins non spécialisés, MM. Weissenbach et Basch étudient quelques médicaments, judicieusement choisis parmi les plus actifs, en donnant tous les détails nécessaires à la connaissance parfaite de leur posologie, des indications, des contre-indications et des inconvénients

de leur emploi, avec les moyens de remédier à ces inconvénients. Ils montrent, ensuite, comment il convient de combiner ces médicaments, suivant chaque période et chaque localisation de la syphilis, et les erreurs qu'il faut éviter pour traiter correctement tous les cas de syphilis cutanéomuqueuse et viscérale. Des chapitres spéciaux sont consacrés au mariage des syphilitiques, au traitement pendant la grossesse et au traitement de l'hérédo-syphilis.

R. C.

Formulaire de pratique médicale courante à l'usage des médecins praticiens, par MM. Maurice CHIRAY et Albert SALMON, avec la collaboration de MM. E. ROGER, R. LEBÈGUE et M^{lle} A. de PRÉVAL. (1 vol. in-8°, 448 pages, Vigot frères édit., Paris 1933).

Conçu dans un but essentiellement pratique, ce formulaire se propose de donner aux médecins, sans perte de temps, la solution moderne des multiples problèmes qui se posent à eux, qu'il s'agisse de thérapeutique chimique ou végétale, d'applications physiothérapiques, de vaccinothérapie, de cures thermales, de régimes ou de questions de droit médical. Seuls en ont été exclus les articles relatifs à la chirurgie générale ou spéciale, et à l'obstétrique. L'ordre alphabétique a été autant que possible adopté et de nombreux renvois conduisent le lecteur au renseignement cherché.

L. R.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Le diagnostic clinique précoce de la paralysie générale, par Cl. VURPAS et L. CORMAN. *Le Monde Médical*, n° 830, pp. 787-793, 1 juillet 1933.

A une époque relativement récente où le sens du mot *démence* ne prêtait guère à discussion et où l'unité du syndrome paralytique était admise, tout le monde s'entendait sur la question des modes de début de la méningo-encéphalite diffuse syphilitique. Les travaux qui se sont multipliés à la suite de l'application de la malariathérapie ont remis en question les acquisitions théoriques. Les rémissions ont été plus nombreuses et plus complètes. Des sujets considérés comme déments ont été améliorés à tel point qu'on a pu se demander s'ils présentaient encore le moindre signe d'affaiblissement intellectuel. En présence d'une dysarthrie commençante, d'un ictus initial, d'un trouble du comportement, on hésite à parler de *démence paralytique* au début. Des syndromes épisodiques curables que la ponction lombaire permet de classer dans le cadre de la syphilis cérébrale nous montrent le polymorphisme et l'évolution capricieuse des lésions nerveuses. Nos cadres sont à réviser, évidemment, mais il n'est pas encore possible, disent Vurpas et Corman, de mesurer la valeur exacte des notions récentes acquises dans le domaine des manifestations psychosiques et démentielles syphilitiques pour édifier de nouvelles conceptions nosologiques.

P. CARRETTE.

L'émotion facteur de déséquilibre humoral, par E. JOLTRAIN. *La Presse Médicale*, n° 45, pp. 905-907, 7 juin 1933.

L'émotion, destructrice de l'équilibre humoral, produit des réactions circulatoires, motrices, sensibles ; inhibitrice des fonctions psychiques, elle détermine une chute brusque de l'attention. Les désordres qu'elle engendre sont parfois guéris par suggestion. Joltrain part de cette notion pour rappeler la réversibilité des réactions secondaires émotives. L'urticaire et la migraine ont cédé à des chocs émotifs. Les traitements dits de désensibilisation, comme l'autohémothérapie, procédant d'un mécanisme qui paraît bien identique à celui du traumatisme psychique dû au hasard, à l'intervention mystérieuse de guérisseurs, montrent que l'empirisme rejoint ici les conceptions les plus rationnelles.

P. CARRETTE.

Problèmes morphotypologiques (Körperbautypen-Probleme), par M. SCHMITT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, Copenhague 1933.

L'auteur, qui a fait des enquêtes concluantes, est d'accord avec Kretschmer pour admettre les relations entre la psychose maniaque-dépressive et le type pyknique, la schizophrénie et le type leptosomo-dysplastique. Mais il n'admet pas le caractère exclusivement constitutionnel de ces types morphologiques. Les facteurs paratypiques capables d'avoir une influence profonde sur la morphologie, sont nombreux : causes raciales, familiales, conditions de milieu et d'existence dont il faut tenir compte au cours de l'évolution des maladies mentales, les maladies elles-mêmes lorsqu'elles atteignent l'appareil osseux ou le système endocrinien. L'auteur cite l'exemple d'une malade atteinte de psychose maniaque-dépressive, devenue pyknique alors qu'elle avait été leptosome auparavant. Les caractéristiques des types morphologiques sont encore mal définies, l'auteur pense qu'il sera possible de les préciser par l'étude des coefficients de corrélation ; il a fait lui-même des recherches dans ce sens.

E. BAUER.

Les relations entre le cerveau, le psychisme et les organes viscéraux, et leur signification pour la vie (Die Wechselwirkungen Zwischen Hirn und Seelen leben und Innenorganen in ihrer Bedeutung für das Leben), par C. CENI. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, fasc. 1^{er}, 1933.

Les fonctions psychiques et organiques des hémisphères cérébraux sont commandées par des lois identiques. L'auteur expose ses recherches sur les manifestations de l'instinct maternel chez des chiennes et des poules après mutilation des hémisphères ou extirpation de l'un d'eux. Il montre le rôle différent joué par la partie antérieure du cerveau, siège des facultés innées, et par la partie postérieure, siège de forces acquises sous l'influence de l'activité sensorielle, notamment visuelle et auditive. Après extirpation d'un hémisphère, l'instinct maternel est conservé, l'animal est capable d'en exercer toutes les fonctions, mais il s'en acquitte d'une manière insuffisante en quantité, force et durée. Il en est de même dans le domaine des fonctions organiques en rapport avec la maternité. L'ovulation, la ponte, la sécrétion lactée, etc., sont conservées chez les animaux privés d'un hémis-

phère, mais il y a diminution de moitié environ, de quantité et de durée (diminution de l'ovulation, diminution de moitié de la quantité de lait et de la période de lactation). D'ailleurs, la durée de la vie elle-même est réduite de moitié, chez les animaux privés d'un des hémisphères.

E. BAUER.

Considérations critiques sur les rapports entre le poids du cerveau et l'intelligence, par L. CORNIL et M. MOSINGER. *Le Progrès Médical*, n° 13, pp. 585-590, 1^{er} avril 1933.

Les biologistes, admettant que le cerveau est l'instrument principal du psychisme, ont tenté d'établir des rapports entre le développement de l'intelligence et la masse encéphalique. On connaît les conclusions décevantes tirées de la comparaison du poids des cerveaux humains. Cornil et Mosinger estiment que le problème mérite d'être posé, mais que de nombreux facteurs de détails extrêmement importants le rendent beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait tout d'abord imaginé. Dans la question du poids de l'encéphale lui-même, il y a des motifs de controverse, les chiffres variant suivant les limites admises, l'influence des fixateurs, l'âge des sujets. Il faut tenir compte de la surface de l'organe, du rapport quantitatif des substances grise et blanche, des éléments nerveux et de la myéline, de la cyto-architecture corticale. Le poids du corps, la surface sensorielle et motrice ont également servi aux biologistes (Lapicque, Dubois), pour rechercher les éléments d'une équation valable.

P. CARRETTE.

Le vertige, par A. HAUTANT. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologiste, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Le vertige reste aujourd'hui tel que l'a défini Guéneau de Mussy une sensation de déplacement du corps ou des objets environnants ne correspondant pas à la réalité. Il comprend une composante cérébrale, un état de déséquilibre et des réactions vaso-motrices, mais par son origine, il est multiple. Il peut en effet résulter d'une irritation périphérique, cérébrale ou nucléaire, plus spécialement bulbo-protubérantielle, il peut également être commotionnel et réunir plusieurs facteurs étiologiques.

P. CARRETTE.

L'état mental dans les vertiges, par A. HAUTANT. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Le vertige finit par entraîner l'angoisse et la réaction psychique peut même, chez les prédisposés, devenir prépondérante. Une véritable hypochondrie par crainte de vertige a été décrite à la suite d'interventions chirurgicales sur l'oreille. La psychothérapie s'inspire des bienfaits de l'isolement et de la suggestion médicale. Le vertige mental doit être distingué de la névrose vestibulaire traumatique caractérisée par l'intensité des troubles vaso-moteurs.

P. CARRETTE.

Le vertige commotionnel, par Raoul CAUSSÉ. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Parmi les symptômes consécutifs aux traumatismes crâniens, le vertige est, avec la céphalée, le plus fréquent. Sa forme habituelle est du type rotatoire, avec modification des réactions provoquées et concomitance de nystagmus spontané. En l'absence de fracture du rocher ou d'un syndrome suffisamment précis pour affirmer une commotion cérébrale, il faut admettre une névrose labyrinthique et savoir dépister la simulation par les épreuves statiques et cinétiques.

P. CARRETTE.

Le vertige associé d'origine centrale, par M. AUBRY. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Les lésions des voies vestibulaires centrales n'existent pratiquement pas à l'état isolé. Le voisinage des noyaux oculo-moteurs et de l'hypoglosse explique la fréquence des syndromes associés. D'ailleurs le vertige central, différent du vertige périphérique, n'est pas systématisé et les tests fonctionnels acoustiques décèlent un mélange paradoxal de troubles irritatifs et déficitaires. Cette dysharmonie fournit un élément capital au diagnostic de localisation d'une série de syndromes du tronc cérébral, des tumeurs du cervelet, de celles de l'angle ponto-cérébelleux.

P. CARRETTE.

Les vertiges névralgies, par A. HAUTANT. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Le diagnostic différentiel avec la névrite vestibulaire est établi par l'épreuve calorique et le diagnostic étiologique doit permettre de reconnaître si l'on se trouve en présence d'un labyrinthe sain ou altéré. Le rôle des troubles circulatoires et humoraux de l'oreille interne est généralement invoqué. Hautant rappelle que ces explications pathologiques ne tiennent compte que d'un effet ou d'une prédisposition locale et qu'il y a à la base des crises vertigineuses un déséquilibre humoral général qu'il importe de déceler.

P. CARRETTE.

Les vertiges-névrites périphériques, par A. HAUTANT. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Dans le vertige-névrite les épreuves nystagmiques mettent en lumière un déficit fonctionnel. Il y a lésion marquée de la voie vestibulaire relevant le plus souvent d'une suppuration de l'oreille moyenne ou de la syphilis du nerf acoustique.

P. CARRETTE.

Les rhumatismes cervicaux comme cause d'états vertigineux (Los reumatismos cervicales como causa de estados vertiginosos), par C. Jiménez DIAZ. *Archivos de Neurobiología*. T. XIII, n° 1, pp. 29-38, janvier-février 1933.

L'auteur reconnaît au vertige 3 éléments constants : un facteur psychique d'insécurité, la sensation de déséquilibre du corps dans l'espace et un

syndrome végétatif d'excitation viscérale. L'origine du vertige peut être labyrinthique, visuelle ou périphérique. L'expérimentation a permis de reproduire des conditions analogues à celles des rhumatismes cervicaux, névritiques ou musculaires, par exemple, en provoquant l'irritation d'une zone superficielle de la nuque correspondant au point d'Arnold, par chloréthylisation. Le vertige d'origine périphérique peut donc être aisément reporté à son étiologie véritable et céder au traitement du rhumatisme, alors que, livré à lui-même, il est la source de malaises tenaces.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Trajet de la radiation optique chez l'homme, par BALADO et FRANKE.
(*Archivos argentinos de Neurologia*, tome VIII, nos 3-4, avril-mai 1933).

La radiation optique chez l'homme naît dans le corps genouillé externe et se dirige presque directement de celui-ci vers la scissure calcarine et le pôle du lobe occipital. La partie dorsale de la radiation optique prend naissance dans les trois-quarts antérieurs de la moitié interne du corps genouillé latéral. La systématisation horizontale de la radiation optique est vérifiée par les faits cliniques et par sa dégénérescence en secteurs. L'existence d'un genou temporal de la radiation optique décrit par Meyer et Cushing, de même que celle du Zipfelmütze de Pfeifer, n'est pas confirmée au point de vue anatomo-fonctionnel. L'existence du *fasciculus cruciatus* est hypothétique. Enfin la disparition de la vision maculaire dans le champ hémianopsique en cas de lésion du lobe occipital, doit être consécutive à une dégénérescence grave du corps genouillé correspondant.

LAUZIER.

Note sur les artères du cerveau (méthodes d'étude et technique personnelle), par A. MOUCHET. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.* juin 1933, p. 669.

Injection des deux carotides primitives et des deux vertébrales avec du minium ou du vermillon en suspension dans l'essence de térébenthine. Durcissement du cerveau au formol. Coupes sériées de l'organe soumises à la radiographie.

Les artères corticales fournissent de longs vaisseaux très fins, arrivant jusqu'au confins des ventricules sans donner de branches latérales, sans s'anastomoser avec les branches voisines, chacune conservant son individualité anatomique.

Les artères centrales, tout en conservant un caractère terminal, s'arborescent, se ramifiant dans les grands noyaux de la base et dans les formations blanches situées entre ces noyaux. Parmi les artères lenticulo-striées, il n'y a pas une « artère de Charcot dite de l'hémorragie cérébrale », mais plusieurs artères qui ont même longueur et même diamètre. Chez les enfants, les artères centrales et les artères nourricières issues du réseau cortical s'anastomosent entre elles.

L. MARCHAND.

Contribution à l'étude de l'Hémicéphalie. (Beitrag zur Kenntnis der Hemicephalie), par V. W. D. SCHENK. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXII, fasc. 1^{er}.

L'auteur étudie, avec dessins et photographie à l'appui, un certain nombre de coupes de la région bulbo-protubérantielle d'un hémicéphale mort deux jours après la naissance. Il insiste en particulier sur l'aspect des formations nucléaires, des vestiges du cervelet, et sur le développement du canal central qui présente de nombreuses particularités tératologiques.

E. BAUER.

Une forme de sclérose cérébrale progressive chez les enfants, associée à la dégénérescence primaire de la glie interfasciculaire (A form of progressive cerebral sclerosis in infants associated with primary degeneration of the interfascicular glia), par J. G. GREENFIELD. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIII, n° 52, pp. 289-302, avril 1933.

Les deux cas observés par Greenfield diffèrent de l'idiotie familiale amaurotique et de la sclérose centrolobaire progressive par la tendance des lésions de la substance blanche à la systématisation, par l'envahissement de masses considérables de granules lipoides et la dégénérescence des oligodendrocytes interfasciculaires. Les fibres myélinisées les premières sont d'abord atteintes; celles des radiations optiques et des faisceaux pyramidaux sont relativement épargnées.

P. CARRETTE.

Histopathologie de l'encéphalite post-vaccinale expérimentale (Histopathologia de la encefalitis postvacunal experimental), par I. SANZ IBÁÑEZ et A. P. RODRÍGUEZ PÉREZ. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIII, n° 2, pp. 293-306, mars-avril 1933.

Les inflammations non suppurées du système nerveux central déterminent un groupe d'encéphalites consécutives aux infections telles que la typhoïde, la malaria, les fièvres éruptives. Le mécanisme de ces localisations nerveuses est encore discuté. La méthode expérimentale doit fournir au problème des données utiles. Les auteurs ont inoculé le cerveau du lapin et ont procédé à de minutieuses recherches histologiques. Ils déclarent que la réaction du virus est ectodermique et qu'elle est caractérisée par l'hyperthrophie névroglie et l'afflux de macroglie au point lésé. Le trauma provoque la formation de corpuscules granulo-adipeux aux dépens de la microglie.

P. CARRETTE.

Contribution anatomo-clinique à l'étude des complications neurologiques et tout particulièrement des convulsions de la coqueluche, par R. DUBOIS, R.-A. LEY et J. DAGNELIE. *Revue Française de Pédiatrie*, T. IX, n° 1, pp. 49-80; 1933.

L'étude des complications nerveuses de la coqueluche permet d'affirmer l'existence de manifestations neuro-psychiques directement liées à l'infection par le bacille de Bordet-Gengou. Les auteurs ont observé 7 cas, pour lesquels ils ont pu mettre en évidence, au cours de l'examen anatomique, des désordres encéphaliques portant sur les éléments cellulaires de certaines

régions, sur les méninges, et tout particulièrement sur le système circulatoire. La caractéristique de ces altérations est une congestion intense portant sur les petits vaisseaux ; les lésions macroscopiques sont rares. Ces complications cérébrales seraient imputables à l'action d'une endotoxine spécifique, qui rendrait fragile à l'extrême les petits vaisseaux, fréquemment rompus à l'occasion de phénomènes paroxystiques. Cliniquement, on doit signaler la présence de troubles paralytiques, le plus souvent d'origine centrale, un état d'idiotie acquis par extrême diffusion des lésions chez l'enfant et enfin des convulsions, suites redoutables de la bronchopneumonie, coquelucheuse ou non, — et incontestablement beaucoup plus graves que celles du début de la maladie, — épisode terminal d'une infection aiguë chez de jeunes sujets dyspnéiques, cyanosés et intoxiqués.

P. CARRETTE.

Examens anatomo-pathologiques cardiaques au cours de paralysies diphtériques mortelles. (Cas humains et expérimentaux), par LHERMITTE, DEBRÉ et UHRY. Soc. anat. 4 mai 1933. *Ann. d'anat. path.*, mai 1933, p. 607.

Les divers examens montrent l'intégrité parfaite de la fibre musculaire myocardique, des plexus nerveux cardiaques et du système intrinsèque du cœur. Dans un cas, la dissection des deux nerfs de la X^e paire a précisé une dégénérescence amyélinique. Pour les auteurs, l'origine polynévritique, donc périphérique, des accidents cardio-respiratoires de la paralysie diphtérique s'impose.

L. MARCHAND.

Contribution à l'étude de l'anatomopathologie de la rage, par A. A. ALEKSANDROWSKAIA. (*Sovietskaia nevropatologuia psichiatria i psihogiguiena*, T. II, fasc. 2, 1933).

Mme Aleksandrowskaia donne la description, avec des figures, des lésions constatées dans quatre cas de rage chez l'homme.

Dans leur ensemble, les lésions appartiennent aux processus inflammatoire et dégénératif. Les corpuscules de Negri sont très nombreux. Leur polymorphisme est un argument contre leur origine parasitaire. L'auteur insiste sur les caractères des lésions observées dans les cellules gliales et dans la mésoglie. Les lésions de la névroglie présentent l'apparence nettement dégénérative avec des caractères de dystrophie, d'amiboïsme des astrocytes et de la dégénérescence fibrogranuleuse.

Du côté de la mésoglie, on note l'hyperplasie.

Les cellules d'Hortega présentent des lésions dégénératives intéressant les cellules mêmes et leurs prolongements et se traduisent par de la dégénérescence granuleuse et des modifications de forme et de dimensions.

FRIBOURG-BLANC.

Sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie, par M. MINKOWSKI (de Zurich). *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XX, 20 mars 1933.

Dans la forme chronique essentielle, l'auteur étudie les lésions de tous les éléments nerveux dans les différentes régions. Il reprend la question de la dégénérescence de la corne d'Ammon. Dans l'écorce cérébrale, il signale

l'accumulation de pigment cellulaire, les dysplasies, l'atrophie des fibres. Dans le bulbe, le cervelet, les lésions électives de certaines formations grises répondent à des manifestations cliniques spéciales rencontrées au cours des myoclonies, du parkinsonisme. Sur les modifications des plexus choroïdes, de l'épendyme ventriculaire et du tissu sous-épendymaire, il rappelle les travaux de Monakow et de l'école zurichoise. Ces travaux prennent dans l'actualité neurologique une grande importance en montrant la valeur de la barrière héméo-encéphalique. Les altérations des méninges contribuent à accentuer les troubles circulatoires et à développer des fixations toxiques. Les recherches de Minkowski rejoignent ici les travaux expérimentaux sur le mécanisme d'action des poisons convulsivants. Les phénomènes d'irritation produits en différents points de la substance nerveuse au cours des épilepsies localisées agissent par un procédé différent, mais l'extension des lésions dans la forme essentielle paraît à l'auteur si considérable qu'il conçoit la possibilité de répercussions suffisamment nettes sur l'activité intellectuelle et la vie affective pour justifier la conception de la constitution épileptoïde.

P. CARRETTE.

Ossifications et calcification de la dure-mère cranienne, par R. BONNARD.
Soc. anat. 7 avril 1933. *Ann. d'anat. path.*, janvier 1933, p. 55.

Les ostéocalcifications de la dure-mère se présentent comme de vraies néoformations ; elles se développent toujours entre les deux feuillets de la membrane. Elles se localisent le plus souvent à la faux du cerveau. Dans l'immense majorité des cas, aucune cause précise, ni traumatique, ni infectieuse, ne peut être invoquée, et le problème étiologique est impossible à résoudre actuellement. La néoformation peut occuper la totalité de la dure-mère ; ordinairement, la plaque ne dépasse pas la surface d'une paume de main. Tantôt elle est nettement interstitielle, tantôt elle fait saillie hors de la dure-mère. Il n'existe pas de lésions voisines du cerveau qui lui soient imputables. Toutefois, on a signalé des plaques dont les faces latérales hérissées de pointes avaient lésé la pie-mère. Généralement, la malformation est une trouvaille de radiographie ou d'autopsie. Quand on analyse de près les observations dans lesquelles on a tenté de faire un rapprochement entre la lésion et l'existence de troubles neurologiques (aliénation mentale, épilepsie, céphalée, vertiges, etc.), il semble difficile d'admettre entre les deux ordres de phénomènes une relation de cause à effet.

Les ostéocalcifications sont interstitielles et on doit en distinguer les néoformations similaires juxta-durales formées en dehors de la dure-mère et d'une origine déterminée (pachyméningite, hémorragies intra-arachnoïdiennes).

L. MARCHAND.

Abscès subduraux extraencéphaliques (*Abscesos subduraux extraencefalicos*), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVI, n° 12, 25 mars 1933.

Il s'agit d'une éventualité assez rare pour que certains auteurs aient pu nier leur existence comme infection à localisation primitive. En général, un accident traumatique a compliqué un abcès intracérébral et déterminé

la propagation subdurale. Les deux observations de López Albo se rapportent l'une aux suites d'une otite aiguë, l'autre à un syndrome diagnostiqué à tort tumeur frontale. Les signes rappellent ceux d'une néoplasie cérébrale et témoignent d'une compression indirecte des noyaux de la base. L'abcès encapsulé, facile à énucléer, comportait un pronostic favorable.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Deux années d'application de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes, par le Dr Louis VERVAECK. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*. 13^e année nos 3 et 4, mars et avril 1933).

S'il est prématuré de porter un jugement définitif sur la loi belge de Défense sociale, il est cependant du plus haut intérêt de connaître quelles ont été les conditions de son exécution et quels sont les résultats qu'elle a permis d'atteindre au cours des deux premières années de son application. C'est ce que vient d'exposer M. le Dr L. Vervaeck, Directeur général du Service d'anthropologie pénitentiaire belge.

La loi du 9 avril 1930 n'est entrée en vigueur que le 1^{er} janvier 1931, parce que son application nécessitait la création des institutions de Défense sociale. Faute de crédits, il fallut tirer parti des établissements disponibles et les aménager en vue de réaliser un régime à la fois thérapeutique et éducatif, dépourvu de tout caractère répressif. L'application de la loi aux récidivistes n'a rencontré aucune difficulté et a donné pleinement les résultats que l'on pouvait en attendre. On a enregistré à l'établissement de Défense sociale, installé dans un quartier de la Colonie de bienfaisance de Mersplas, 43 entrées en 1932 ; en outre, 57 délinquants d'habitude, qui devront être internés en vertu de la loi, se trouvent actuellement en prison. Ainsi, durant les deux premières années de son application, 103 internements de récidivistes, dont deux femmes, ont été ordonnés par mesure de défense sociale. Dans les deux tiers des cas, la durée en a été fixée à cinq ans ; cependant, 5 récidivistes ont obtenu, en 1932, une libération à l'essai.

Du 1^{er} janvier 1931 au 31 décembre 1932, le nombre des internements des inculpés anormaux s'est élevé à 669, dont 87 femmes, soit 13 pour cent. Dans la grande majorité des cas (76 p. cent), la durée assignée à l'internement a été de 5 ans. La criminalité de ces anormaux se manifeste surtout par des attentats contre la vie et contre les mœurs. La répartition psychiatrique des inculpés internés entre les 3 groupes d'anormaux mentaux, définis par la loi, est la suivante : déments : 25 p. cent. ; déséquilibrés : 44 p. cent. ; débiles : 31 p. cent. Sur 590 diagnostics d'expertise mentale, 479 ont été confirmés par l'observation ultérieure des délinquants à l'établissement de défense sociale.

Enfin la loi prévoit le transfert dans les sections psychiatriques des condamnés, dont l'état mental ne se serait révélé ou n'aurait été reconnu qu'au cours de leur peine. En l'espace de deux ans, 208 condamnés ont bénéficié de cette mesure.

L'exécution des décisions d'internement ordonné par les Tribunaux a été confiée par la loi à un organisme nouveau : la Commission de défense sociale, qui réalise heureusement la collaboration du psychiatre, du magistrat et de

l'avocat. Le Procureur du Roi et les délégués des Œuvres de patronage et de reclassement social des condamnés, assistent aux débats de la Commission et peuvent intervenir dans la discussion, mais sans droit de vote. Le fonctionnement des Commissions n'a donné lieu à aucun abus et les décisions prises s'inspirent en général des principes suivants : se montrer assez large pour les libérations à l'essai des anormaux, sans tendances vraiment dangereuses, mais très énergique pour réclamer le réinternement de ceux dont la conduite laisse à désirer.

Les Commissions sont au nombre de 9 pour le pays, et elles ont tenu 322 séances en l'espace de deux ans. En matière d'internement, 798 décisions ont été prises. 33 prorogations d'internement ont été proposées, mais 11 n'ont pas été jugées justifiées par les juridictions compétentes. Enfin, la libération de 396 inculpés dont 38 femmes a été envisagée, et, finalement, elle a été accordée à 231 anormaux dont 26 femmes. Ces libérations à l'essai sont toujours subordonnées à un contrôle psychiatrique et social, assuré dans le plus grand nombre de cas par un dispensaire d'hygiène mentale. Jusqu'à présent, 7 libérations définitives ont été prononcées après une épreuve jugée décisive. Par contre, 37 des 231 libérations accordées en l'espace de deux ans, soit 16 p. cent, ont dû être révoquées : 5 pour avoir commis un nouveau délit, 6 pour s'être soustraits au contrôle psychiatrique ou à la tutelle sociale, 2 pour inconduite, 14 pour avoir recommencé à boire et fréquenter les cafés, 7 pour avoir quitté la résidence imposée. En somme, c'est l'intempérance de l'anormal qui, dans les deux cinquièmes des cas, a imposé son réinternement. Sans nous attarder à analyser les objections d'ordre psychiatrique ou médico-légal, formulées au sujet de l'application de la loi de défense sociale, on peut conclure que cette législation a réalisé un incontestable progrès et qu'elle a obtenu le but qu'elle se proposait, c'est-à-dire : la défense énergique de l'ordre social contre le crime, en l'associant étroitement au traitement psychopédagogique des anormaux, que leurs tares y prédisposent et, parfois, y entraînent irrésistiblement.

LAUZIER.

Les mesures de défense sociale au Danemark, par le Dr Louis VERVAECK.
(*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 14^e année, n^o 1, janvier 1934).

Bien que le Danemark ne possède pas de législation spéciale en matière de défense sociale, le nouveau Code pénal, entré en vigueur en 1933, prévoit une série de mesures qui offrent d'intéressants rapprochements à faire avec la loi belge du 30 avril 1930.

En particulier, le Danemark possède une sentence relativement indéterminée pour les délinquants juvéniles de 15 à 21 ans ; ceux-ci peuvent être placés dans une prison-école pour un terme de 1 an au moins et ne pouvant dépasser 3 ans.

En ce qui concerne les récidivistes et délinquants d'habitude, le nouveau code permet leur envoi dans une colonie de travail pour un temps indéterminé ; pour ceux que l'on ne considère pas comme dangereux, la durée de leur élimination sociale sera de 1 à 5 ans au maximum ; pour les autres, que l'on interne dans un établissement de sûreté, le terme peut aller jusqu'à 20 ans.

Quant aux anormaux, le Code prévoit leur placement dans une institution spéciale pour psychopathes ; suivant les cas, le tribunal prononce une

peine de durée limitée à subir dans une prison thérapeutique s'il estime que le délinquant anormal peut être influencé par des mesures de répression et d'intimidation ; ou bien il prescrit un internement de durée indéterminée dans un établissement d'ordre exclusivement médical, ce qui n'exclut pas la possibilité pour le juge de condamner les petits déficients mentaux à la « prison ordinaire ».

LAUZIER.

La procédure criminelle aux Etats-Unis, par R. H. GAULT. (*Journal of Criminal Law and Criminology* reproduit dans la *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 13^e année, n° 6, juin 1933).

A l'heure où la question de l'expertise contradictoire est à l'ordre du jour, il est intéressant de savoir ce qui se passe aux Etats-Unis. Voici ce qu'écrit le professeur Gault, de la Northwestern University sur le psychiatre au tribunal : « La procédure des tribunaux criminels aux Etats-Unis a beaucoup souffert des cas où intervient l'état mental des accusés. La défense et l'accusation ayant recours chacune à leurs experts psychiatres, de nombreux procès criminels ont dégénéré en une discussion de longues séries de rapports exposant les « trouvailles » diamétralement opposées d'éminents spécialistes. Naturellement, le tribunal et le jury n'y voient pas clair. Et naturellement aussi, dans certains cas du moins, le tribunal refuse de prendre en considération les onéreuses expertises psychiatriques que les parties ont fait faire.

La psychiatrie n'est pas une science exacte. L'interprétation du phénomène est inévitablement sujette, dans une mesure considérable, à l'interprétation personnelle de l'expert. Et cette interprétation est encore aggravée par la nature partielle de la tâche du psychiatre, qui s'occupe d'un cas particulier. Un des moyens suggérés pour éviter ces difficultés est celui-ci : que le tribunal nomme d'office des experts au nom du tribunal, payés avec l'argent d'un fonds du tribunal destiné à cet effet. Ceci n'exclut pas le recours à d'autres experts pour l'accusation et la défense, mais procure des arbitres impartiaux, si l'on peut s'exprimer ainsi, entre parties, et c'est un avantage.

Mais ce plan est loin d'être parfait. Il n'apporte pas le moyen d'éviter cette lamentable situation qui consiste en une observation et un examen relativement courts de l'accusé, alors qu'il se trouve sous une forte tension nerveuse. Le système en honneur dans l'Etat de Massachusetts tourne la difficulté et en même temps procure un expert impartial. Le tribunal peut à n'importe quel moment envoyer n'importe quelles personnes accusées à un « hôpital de l'Etat pour malades mentaux » pour une période ne dépassant pas 6 mois. Ces accusés sont soumis à la surveillance constante et à l'examen du personnel médical de l'hôpital. Dès que le personnel a établi un rapport, le procès a lieu et le tribunal prend connaissance de l'opinion du personnel. Cette opinion est basée sur une observation de 6 mois dans des conditions d'examen parfaites. Cependant, la défense et l'accusation peuvent quand même avoir leurs propres experts. Mais, en pratique, les experts des parties opposeront très souvent leurs opinions à celle du personnel de l'hôpital.

Les tribunaux interprètent très largement la loi. De plus, une loi toute récente autorise n'importe quel tribunal à faire appel au « State Department of Mental Diseases » pour désigner un membre d'un hôpital de l'Etat avec mission d'examiner un accusé.

En 1921, l'Etat de Massachusetts adopta une loi instituant l'examen de certaines catégories de criminels, avant le procès, par des psychiatres nommés par le « Department of Mental Diseases ». Lors du procès, le rapport est donc fait, mais ce n'est ni par un expert de la défense, ni de l'accusation, ni même du tribunal. Voilà pourquoi ce rapport est absolument impartial et fait autorité.

Voici les traits essentiels de cette loi : « ...Lorsqu'une personne est accusée devant un grand jury pour crime capital ou lorsque une personne, qui est connue comme ayant été condamnée pour n'importe quel délit plus d'une fois ou comme ayant été antérieurement condamnée pour crime, comparaitra devant un grand jury ou devant le tribunal supérieur ; le greffier du tribunal qui s'occupera de l'affaire préviendra le « Department of Mental Diseases », et le département en question fera examiner la personne accusée afin de déterminer sa condition mentale et de révéler l'existence éventuelle d'une maladie mentale ou d'un état anormal qui aurait un rapport avec sa responsabilité criminelle. Le département rédigera un rapport d'expertise avec le concours du greffier du tribunal, devant lequel se déroulera le procès, et le rapport sera à la disposition du tribunal, de l'accusation et de la défense. »

Dans beaucoup de cas, le tribunal municipal a établi un laboratoire psychiatrique destiné à fournir aux juges des renseignements concernant la personnalité et les réactions probables d'accusés bizarres comme il s'en présente devant eux de temps à autre. C'est le tribunal municipal de Chicago, sous la direction de l'ancien Chief Justice, Harry Olson, qui innova en cette matière. En pratique, la méthode indiquée par la loi de l'Etat de Massachusetts, citée plus haut, est supérieure parce qu'elle éloigne l'accusé de l'atmosphère des tribunaux criminels et de l'atmosphère policière pour l'installer dans un endroit où il peut être observé discrètement, comme c'est indispensable dans les cas des malades mentaux, et au moyen du matériel le plus moderne et le meilleur.

LAUZIER.

De l'objection de conscience d'origine morbide (Über Militärdienstverweigerung aus Krankhafter Ursache), par P. SCHULTHESS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1934.

Sur 31 objecteurs de conscience examinés à la Clinique Psychiatrique de Zurich, un seul fut reconnu sain d'esprit ; il est vrai que seuls les objecteurs dont le comportement paraît anormal aux juges sont soumis à l'expertise psychiatrique. L'enquête sur l'évolution ultérieure a confirmé, dans presque tous les cas, les diagnostics des expertises. L'auteur communique le résumé de chaque observation : 15 objecteurs sont des psychopathes constitutionnels (3 débiles, 3 avec appoint de schizoïdie, 6 schizoïdes, 3 devenus schizophréniques ultérieurement), 1 est atteint d'imbécillité, 14 sont atteints de psychoses : 13 schizophrénies, 1 paralysie générale. Les mobiles invoqués ont été religieux dans 16 cas, politiques dans 3 cas, éthiques dans 3 cas, mobiles incohérents 9 cas (8 malades atteints de psychoses, 1 atteint d'imbécillité).

L'autorité militaire adopta les conclusions des experts ; dans presque tous les cas, les objecteurs furent acquittés et réformés.

E. BAUER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août, ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). Cette séance sera consacrée à des communications sur les *Hallucinations*.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 novembre 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Dîner annuel.

La Société ayant décidé de rétablir le dîner annuel, ce dîner aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*.

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* :

M. Roger MIGNOT, Médecin-Chef de l'Asile de Ville-Evrard, président de la Société Médico-psychologique.

M. Jean LHERMITTE, professeur agrégé de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hospice Paul-Brousse, membre titulaire de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D^r Auguste MARIE, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine, Commandeur de la Légion d'Honneur.

Nominations.

M. le D^r Gor est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) ;

M. le D^r BARGUES est nommé Médecin-Chef du Quartier des aliénés de l'Hospice d'Agen (Lot-et-Garonne).

Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés.

A la suite de l'Assemblée générale et de la réunion du Comité, qui eurent lieu à Paris le 27 mai 1934, le Bureau a été constitué ainsi :

Président : M. Jacques HAMEL.

Vice-Présidents : MM. Georges VERNET et P. BEAUSSART.

Secrétaire : M. DEMAY.

Trésorier : M. LAUZIER.

Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine.

A la suite de l'Assemblée générale, tenue à Paris le 25 juin 1934, assemblée qui fut suivie du dîner annuel, le Comité de l'Association et le Bureau sont constitués ainsi pour 1934-1935 :

Président : M. René CHARPENTIER.

Vice-Président : M. DUPAIN.

Secrétaire : M. COURBON.

Trésorier : M. S. COLLET.

Membres du Comité : MM. BEAUDOUIN, LECONTE, MASQUIN, ROUART et SIVADON.

Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France.

A la suite de l'Assemblée générale tenue à Paris le 28 mai 1934, le Bureau et le Conseil d'Administration ont été constitués ainsi pour 1934-1935 :

Président : M. René SEMELAINNE.

Vice-Président : M. MARCHAND.

Trésorier : M. DUPAIN.

Secrétaire : M. SCHÜTZENBERGER.

Membres du Conseil d'Administration : MM. Frantz ADAM, COURBON, CULLERRE, Ach. DELMAS, GUIRAUD, OLIVIER, PETIT, RAYNEAU, TRUELLE, USSE, VURPAS.

M. CULLERRE a été nommé Président d'Honneur.

La nouvelle classification psychiatrique adoptée aux États-Unis d'Amérique.

Sommaire de la nouvelle classification adoptée par le Comité des Statistiques et approuvée par le Conseil de l'American Psychiatric Association le 27 décembre 1933. (Traduction du Dr A. BROUSSEAU).

Ceci est le sommaire de la nouvelle classification, classification ordonnée de manière à permettre la comparaison des statistiques les plus récentes concernant les maladies mentales avec les statistiques antérieures spécialement pour les psychoses les plus importantes. De plus, 24 subdivisions ont été établies afin de favoriser l'élaboration des tableaux statistiques « standard » (1).

- 1) PSYCHOSES AVEC MÉNINGO-ENCÉPHALITE SYPHILITIQUE (paralysie générale).
- 2) PSYCHOSES AVEC D'AUTRES FORMES DE SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL : méningo-vascularite (syphilis cérébrale) ; gommés intracrâniennes ; autres formes (à spécifier).
- 3) PSYCHOSES AVEC ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE.
- 4) PSYCHOSES AVEC D'AUTRES MALADIES INFECTIEUSES : méningite tuberculeuse ; méningites (indéterminées) ; chorée aiguë (de Sydenham) ; autres maladies infectieuses (à spécifier) ; psychoses post-infectieuses (spécifier l'infection en cause).
- 5) PSYCHOSES ALCOOLIQUES : ivresse pathologique ; delirium tremens ; psychose de Korsakow ; délire hallucinatoire aigu ; autres formes (à spécifier).
- 6) PSYCHOSES DUES AUX DROGUES OU A D'AUTRES POISONS EXOGÈNES : dues à un métal (à spécifier) ; dues à un gaz (à spécifier) ; dues à l'opium et ses dérivés ; dues à d'autres drogues (à spécifier).
- 7) PSYCHOSES TRAUMATIQUES : délire traumatique ; altérations post-traumatiques de la personnalité ; démence post-traumatique ; autres formes (à spécifier).
- 8) PSYCHOSES AVEC ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE.
- 9) PSYCHOSES AVEC D'AUTRES TROUBLES DE LA CIRCULATION : avec embolie cérébrale ; avec affection cardio-rénale ; autres formes (à spécifier).
- 10) PSYCHOSES AVEC TROUBLES CONVULSIFS (épilepsie) : démence épileptique ; états crépusculaires épileptiques ; autres formes d'épilepsie.
- 11) PSYCHOSES SÉNILES : formes : démence simple, presbyophrénique, délirantes et confusionnelles, avec dépression et avec agitation, paranoïdes.
- 12) PSYCHOSES D'INVOLUTION : mélancolie ; formes paranoïdes ; autres formes (à spécifier).
- 13) PSYCHOSES DUES A D'AUTRES AFFECTIONS AVEC TROUBLES DU MÉTABOLISME, ETC. : avec affections des glandes endocrines (à spécifier) ; délire d'épuisement.

(1) *Note du traducteur.* — Pour une première présentation aux lecteurs, il nous a paru nécessaire de procéder à une traduction littérale, aussi serrée que possible, même au prix de quelque obscurité. Cette classification fera prochainement l'objet d'un examen critique fondé sur l'ensemble des textes publiés par l'Association psychiatrique américaine. Son commentaire officiel sera fidèlement utilisé pour dissiper l'imprécision apparente de certains termes.

ment ; maladie d'Alzheimer ; pellagre ; autres-affections physiques (à spécifier).

14) PSYCHOSES DUES A DES NÉOPLASMES : tumeurs intracrâniennes, autres néoplasmes (à spécifier).

15) PSYCHOSES ASSOCIÉES A DES ALTÉRATIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX : sclérose en plaques, paralysie agitante, chorée de Huntington, autres affections cérébrales ou nerveuses (à spécifier).

16) PSYCHONÉVROSES : hystérie (anxiété hystérique, hystérie de conversion et sous-groupes) ; psychasthénie ou états obsédants (et sous-groupes) ; neurasthénie ; hypocondrie ; état dépressif réactionnel (simple réaction devant une situation donnée, autres formes) ; syndromes anxieux ; psychonévrose mixte.

17) PSYCHOSES MANIAQUES-DÉPRESSIVES : formes maniaque, dépressive, circulaire mixte, *perplexed* — littéralement « embrouillée », désigne vraisemblablement les formes avec état confusioennel — avec stupeur, autres formes.

18) DÉMENCE PRÉCOCE (schizophrénie) : forme simple, hétérophrénique, catatonique, paranoïde, autres formes.

19) PARANOÏA ET SYNDROMES PARANOÏDES : paranoïa, syndromes paranoïdes.

20) PSYCHOSES AVEC PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE.

21) PSYCHOSES AVEC INSUFFISANCE DE DÉVELOPPEMENT MENTAL.

22) PSYCHOSES NON DIAGNOSTIQUÉES.

23) SANS PSYCHOSES (sous-entendu : maladies mentales) (1) : épilepsie, alcoolisme, toxicomanies, insuffisances de développement mental, altérations de la personnalité dues à l'encéphalite épidémique, personnalité psychopathique : avec sexualité morbide, avec émotivité morbide, avec tendances antisociales ou amORALES, formes mixtes.

24) TROUBLES PRIMITIFS DU COMPORTEMENT : inadaptation simple de l'adulte, troubles primaires du comportement chez les enfants ; perturbation des habitudes, dérèglement de la conduite, actions de caractère névrosique.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Congrès International d'Hygiène Mentale (Paris 1936).

Le II^e Congrès International d'Hygiène mentale se tiendra à Paris, du 27 au 31 juillet 1936.

Président d'Honneur : M. Henri CLAUDE.

Président du Congrès et Président du Comité Exécutif : M. Ed. TOULOUSE.

Vice-Président du Comité Exécutif : M. Aug. LEY.

Secrétaire permanent : M. Clifford W. BEERS.

Secrétaire général : M. G. GENIL-PERRIN.

TTrésorier : M. Robert DEMACHY.

Président du Comité du Programme : M. René CHARPENTIER.

Vice-Président du Comité du Programme : M. Aug. LEY.

(1) Ajouté par le traducteur.

Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Jean LÉPINE.

Vice-Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Joseph DELAÎTRE.

SÉANCES DU CONGRÈS.

Pendant la durée du Congrès, deux séances seront organisées matin et soir. Chacune de ces séances, dont le programme sera très prochainement publié, comportera 3 rapports ayant trait à des sujets connexes.

Chaque rapporteur disposera de 16 pages d'impression et de 15 minutes pour le résumé oral de son rapport en séance. Chaque rapport sera suivi d'une discussion et de communications orales sur des points particuliers traités dans ce rapport. Il sera accordé à chaque orateur prenant part à cette discussion et à chaque auteur d'une communication 4 pages d'impression et 5 minutes d'exposé oral. Le texte dactylographié des rapports et des communications devra être remis avant le 1^{er} novembre 1935 au président du Comité du Programme.

Les langues suivantes seront admises au Congrès : français, allemand, anglais, espagnol, italien, portugais. Chaque manuscrit devra être accompagné d'un résumé de 15 à 20 lignes en français et en anglais.

Les inscriptions pour les communications et les discussions ne pourront être acceptées que dans la limite du temps disponible. Il sera donc nécessaire de s'inscrire à l'avance auprès du *Président du Comité du Programme* : Dr René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

RÉCEPTIONS, EXCURSIONS, VISITES.

Pendant le Congrès, seront organisées des réceptions officielles, des excursions, des visites d'établissements, de laboratoires, d'œuvres consacrées à l'hygiène mentale et à l'assistance psychiatrique, etc. Le programme en sera publié ultérieurement. Il sera également organisé, après le Congrès, des excursions.

EXPOSITION D'HYGIÈNE MENTALE.

Il est projeté d'organiser, à proximité de la salle des séances du Congrès, une exposition de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourrait apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

INSCRIPTIONS AU CONGRÈS.

Le Congrès comporte des *membres adhérents* et des *membres associés*. Les *membres adhérents* ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Le prix de leur cotisation est de 125 francs français. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre adhérent, il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine.

Les *membres associés* ne prennent pas part aux discussions du Congrès, mais peuvent assister aux séances et bénéficient des avantages accordés pour les voyages, excursions, visites..., etc. Le prix de leur cotisation est de

75 francs français. Ils ne recevront pas les rapports ni les comptes rendus du Congrès.

Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Une cotisation de 500 francs français sera demandée aux *Ligues Nationales d'Hygiène Mentale*. Les Etablissements hospitaliers et les Centres d'Hygiène et de Prophylaxie mentale peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus. Le chiffre de leur cotisation a été fixé à 125 francs français.

Les dons, cotisations, etc., sont reçus dès à présent par M. Robert DEMACHY, trésorier du *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale*, 27, rue de Londres, à Paris.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'ENCÉPHALITE PSYCHOSIQUE AIGÜE HÉMORRAGIQUE

PAR

L. MARCHAND et A. COURTOIS

La pathogénie des hémorragies cérébrales est extrêmement complexe. Il ressort des remarquables rapports présentés à la dernière réunion plénière de la Société Anatomique (1) qu'à côté des hémorragies par rupture artérielle, il y avait lieu de distinguer des hémorragies par diapédèse ou plutôt par extravasation sanguine.

Tandis que l'hémorragie par rupture a un début foudroyant, qu'elle est souvent en rapport avec des altérations importantes des parois des vaisseaux, qu'elle se produit spécialement au cours de l'hypertension artérielle chez des sujets atteints de lésions cardiaques ou rénales, aucune de ces conditions ne se retrouve nécessairement dans les hémorragies par diapédèse. Dans ces dernières, on ne retrouve pas de rupture de gros vaisseaux, les foyers hémorragiques sont souvent multiples et

(1) IV^e Réunion plénière de la Société Anatomique, 12 octobre 1933. *Ann. d'anat. path.*, nov. 1933, p. 969.

sont constitués par l'agglomération d'une multitude d'hémorragies punctiformes. Les symptômes localisateurs peuvent se faire en plusieurs temps.

Parmi les conditions nécessaires au développement de cette forme apoplectique, Rochoux, puis Rosenblath et récemment Lhermitte, ont émis l'idée que l'hémorragie cérébrale ne survient que dans un tissu cérébral déjà désorganisé.

Il est une forme d'hémorragie qui vient compliquer l'encéphalite psychosique aiguë. Les constatations que nous avons pu faire à propos de cette encéphalite hémorragique viennent à l'appui de cette dernière thèse. Ces complications hémorragiques sont particulièrement intéressantes puisqu'elles surviennent chez des sujets souvent très jeunes, non artério-scléreux, non hypertendus, non syphilitiques, ne présentant pas d'affection rénale, mais des lésions aiguës encéphalitiques.

La forme hémorragique de l'encéphalite psychosique aiguë n'est pas exceptionnelle. Sur 106 cas suivis d'examen post-mortem, nous l'avons rencontrée onze fois, soit dans 10 % des cas.

Nous ne donnerons ici que le résumé de nos observations qui ont fait récemment l'objet de la thèse de M. Fardet (1).

OBS. I. — Le... Pierre, 35 ans, entré le 25 septembre 1928.

Scarlatine à 20 ans avec confusion mentale.

Quelques jours avant l'entrée : dépression, pleurs, fugue. Obnubilation profonde avec conservation des attitudes, gestes automatiques. Température 37°5 pendant 4 jours. Sang et liquide céphalo-rachidien normaux. Puis la température oscille entre 38° et 38°5. Torpeur de plus en plus profonde. Gâtisme, refus complet des aliments. Tuphos. Congestion pulmonaire droite. Le 3 octobre, 8 jours après l'entrée, hémiplegie gauche apparue progressivement. Sérodiagnostic positif à l'Eberth (1/300). Hypothermie le 6, décès le 8. Température 40°. Durée : 11 jours.

Autopsie : 3 foyers hémorragiques.

Hémisphère droit : 1^{er} foyer à la partie supérieure du lobe frontal, du volume d'une mandarine, avec gros caillot qui a dilacéré le tissu nerveux et fait irruption dans le ventricule. 2^e foyer à la partie externe et supérieure du lobe occipital, de la grosseur d'une noisette, intéressant cortex et substance blanche sous-corticale.

Hémisphère gauche : 3^e foyer de la grosseur d'une noisette, face interne du lobe occipital, au niveau du cuneus.

Pas d'athérome artériel. Broncho-pneumonie de la base droite. Plaques de Peyer congestionnées.

(1) R. FARDET. — Les encéphalites hémorragiques. *Thèse Paris*, 1934.

OBS. II. — Pil. Léontine, 47 ans, entrée le 20 décembre 1929. Deux accès mentaux antérieurs: l'un à 42 ans (idées de persécution, jalousie, tentative d'homicide sur son mari) ; l'autre à 44 ans (dépression avec idées de suicide ; durée : 2 mois). Excès alcooliques épisodiques. Un frère débile.

Accès actuel : début subit la veille de l'entrée. Confusion, excitation, érotisme. Violences. Fièvre : 39°. Refus d'aliments. Urée : 1,46, azote résiduel 0,22 ; pH : 7,55 ; réserve alcaline : 53,3 (23 décembre).

Le 24, ponction lombaire : liquide xanthochromique ; albumine : 2,50. Benjoin : 2222.22001.12221. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Affaiblissement. Etat semi-comateux. Le 26, crise convulsive localisée au côté droit du corps, sans trouble des réflexes tendineux ni signe de Babinski. Décès le 27. Température : 42°5. Durée : 8 jours.

Autopsie : Trois foyers hémorragiques.

Hémisphère droit : 1^{er} foyer occupant la partie supérieure de F.A., intéressant surtout la substance blanche sous-corticale, de la grosseur d'une petite noix. 2^e foyer intéressant surtout la substance blanche sous-corticale, à cheval sur le pli courbe et la première circonvolution occipitale, de la grosseur d'un noisette.

Hémisphère gauche : 3^e foyer : partie postérieure de F₁ ; de la grosseur d'une mandarine, intéressant le cortex et profondément la substance blanche sous-corticale.

OBS. III. — H. Andrée, 31 ans, entrée le 5 février 1931.

Père et grand-père maternel tuberculeux.

Elle est atteinte d'otite chronique. Dépression avec claustration pendant 7 mois, à 27 ans.

Depuis un mois, céphalées, dépression, pleurs, puis excitation subite. Délire aigu. Fièvre : 38° et au-dessus.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Azotémie : 1,17, le 11 février, puis 1,72 le 12. Décès presque subit le 12, après un très court coma sans phénomènes neurologiques constatés. Durée : 7 jours.

Autopsie : Un foyer hémorragique.

Hémisphère gauche : foyer allongé d'une longueur de 5 cm. environ, occupant la moitié inférieure de F₁ et toute la circonvolution F₂ à son tiers moyen.

OBS. IV. — D. Simone, 26 ans, entrée le 3 mars 1931.

Grand-père paternel « tabétique », interné à Villejuif.

Elle-même fut toujours bizarre, versatile.

Primipare, accouchée prématurément à 6 mois 1/2 de grossesse, le 23 février. L'enfant meurt. Suites fébriles. Deux jours après l'accouchement : confusion, excitation, violences, refus d'aliments. Fièvre autour de 38 degrés.

Liquide céphalo-rachidien normal le 4 mars.

Le 10 mars, plusieurs crises épileptiformes généralisées. Coma. Hémiplegie flasque droite. Réflexe cutané plantaire en extension à droite. Flexion de la jambe gauche par flexion de la tête sur la poitrine. Strabisme divergent droit. Température : 40°.

Liquide céphalo-rachidien xanthochromique ; albumine : 2,50 ; Pandy : +++ ; leucocyte : 60 ; Benjoin : 22222.22222.22200. Bordet-Wassermann négatif. Urée : 1,79. Sucre : 1,09.

Décès le 11 mars. Température : 41°2. Durée : 13 jours.

Autopsie : Trois foyers. *Hémisphère droit* : 1^{er} foyer, couche corticale du tiers inférieur de P.A. et de la partie antérieure de P₂.

Hémisphère gauche : 2^e foyer occupant la moitié postérieure de F.A., à son tiers supérieur.

3^e foyer, à la partie inférieure et postérieure de P.A., débordant en arrière sur la partie inférieure de P₂.

OBS V. — Mlle Del... Suzanne, 24 ans, entrée le 14 novembre 1931. Grand'mère maternelle suicidée. Un frère arriéré.

Avortement provoqué le 9 octobre (grossesse de 6 semaines). Depuis, céphalées, dépression, insomnie.

Le 11 novembre, début du délire aigu avec excitation et confusion. Refus d'aliments. Fièvre : 39°. Puis, progressivement, stupeur et mutisme. Température entre 38°5 et 40°. Curettage non suivi d'amélioration. Pas de phénomènes neurologiques appréciables.

Décès le 23 novembre ; durée : 12 jours.

Autopsie : Un seul foyer hémorragique du volume d'une noix, occupant, dans l'hémisphère droit, le cortex et la région sous-corticale du pied de F₁, la partie supérieure de F.A. et enfin la partie postérieure de P₁ et de P₂. Toute la région occupée par les hémorragies miliaires est ramollie.

OBS. VI. — Mme Bo... Hélène, 25 ans, entrée le 4 janvier 1932.

Père alcoolique, fièvre cérébrale à 18 ans, resté « original ». Cinq frères et sœurs « nerveux ».

Grippe en août 1931. Dépression depuis.

Le 31 décembre 1931, confusion hallucinatoire, excitation. Violences puis mutisme, opposition et refus d'aliments. Fièvre : 38°5, 38°8. Liquide céphalo-rachidien normal. Urée : 0,48 le 5, puis 1 gr. 11 le 8 janvier. Anémie et leucocytose sanguine (23.000). Amélioration physique légère du 8 au 11 janvier.

Le 12 janvier, crises convulsives localisées d'abord à droite, puis à gauche sans signes précis de déficit moteur dans l'intervalle. Liquide céphalo-rachidien rosé (34 0/0 de lymphocytes, 40 polynéutrophiles, 20 moyens mono, 6 grands). Urée : 2,34. Sucre : 0,70. Chlore : 5,25.

Décès le 13 janvier. Température : 41°8. Durée : 13 jours.

Autopsie : Deux foyers hémorragiques dans l'hémisphère droit.

1^{er} foyer au tiers inférieur de P.A., grosseur d'une noix, avec, dans son centre, un foyer confluent. 2^e foyer au pôle frontal, grosseur d'une amande.

OBS. VII. — Ro. Jeanne, 44 ans, entrée le 29 février 1932.

Céphalées violentes depuis plusieurs mois. Propos incohérents depuis 4 à 5 mois, par intervalles.

Début du délire aigu le 25 février. Stupeur puis agitation anxieuse violente. Température : 38°5. Azotémie : 1,10. Liquide céphalo-rachidien, leucocytose légère (5 éléments). Confusion hallucinatoire persistante, refus d'aliments. Apyrexie. Urée sanguine : 2 gr. le 4 mars, puis 0,97 le 7 mars. Amélioration générale.

Subitement, le 7 mars, aggravation considérable, semi-coma. Hémiplegie droite. Réflexe cutané plantaire en extension à droite. Flexion de la jambe et du bras gauches par flexion de la tête sur la poitrine. Strabisme divergent droit. Température : 38°. Liquide céphalo-rachidien rosé. Coma.

Décès le 8 mars. Température : 40°5. Durée : 8 jours.

Autopsie : Un foyer hémorragique dans l'hémisphère gauche, occupant la partie moyenne et inférieure de P.A. et la partie inférieure et antérieure de P₂. Au centre, sang complètement extravasé (grosseur d'une petite noix).

OBS. VIII. — Mme Ma. Suzanne, 43 ans, entrée le 24 octobre 1932. Mère internée pendant 40 ans.

Débilité légère. Propos incohérents passagers depuis longtemps. Trois jours avant l'entrée, début subit des troubles mentaux aigus : interprétations délirantes puis mutisme. Violences. Tic laryngé. Fièvre : 38-39°. Urée : 0,30 ; Liquide céphalo-rachidien normal.

Alimentation difficile. Apyrexie. Etat physique assez bon. Aggravation subite le 1^{er} novembre. Etat comateux. Hémiplegie droite. Extension de l'orteil à droite. Flexion de la jambe et du bras gauches par flexion ou même par simple rotation de la tête. Strabisme divergent droit. Température : 39°. Trois crises épileptiformes avec prédominance des convulsions du côté gauche.

Liquide céphalo-rachidien xanthochromique ; albumine : 2,50 ; Pandy : +++ ; leucocytes : 11,8 ; Benjoin : 22222.20001.22221 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Urée : 1,42.

Autopsie : Trois foyers hémorragiques.

Hémisphère droit : 1^{er} foyer, tiers supérieur de P.A. à 2 cm. du sillon interhémisphérique, de 3 cm. de profondeur sur 1 cm. 5 de largeur. 2^e foyer, à cheval sur le sillon interpariétal à la partie postérieure de P₁ et P₂, occupant la moitié de chaque circonvolution, grosseur d'une noisette.

Hémisphère gauche : 3^e foyer, partie moyenne et supérieure de F.A. à 2 cm. du sillon inter-hémisphérique, débordant en avant sur F₂, de la grosseur d'une noix.

OBS. IX. — Mme Hu. Mary, 20 ans, entrée le 13 avril 1933.

Mère déséquilibrée. Un oncle paternel aliéné.

Enceinte de 3 mois. Amaigrissement de 12 kilos avec vomissements rares. Nervosité.

Début subit dans la nuit du 10 au 11 avril. Onirisme, anxiété intense, essais de fuite.

Confusion hallucinatoire avec excitation et idées de persécution. Refus d'aliments. Liquide céphalo-rachidien normal. Azotémie : 1,88 le 14 avril. Apyrexie, puis fièvre : 38°, 39°.

Amélioration le 16 avril. Apyrexie, alimentation facile.

Le 23 avril, aggravation subite, demi-coma, sueurs abondantes. Pas de signes neurologiques. Température : 38°9. Urée sanguine : 2,75.

Décès le 24 avril. Température : 41°. Durée : 14 jours.

Autopsie : Utérus gravide sans traces de manœuvres abortives. Fœtus masculin bien conformé (3 mois environ).

Trois foyers hémorragiques cérébraux.

Hémisphère droit : 1^{er} foyer occupant les 3/5^e de la première circonvolution frontale, allant de quelques cm. du pôle frontal à la moitié antérieure du lobule paracentral.

Hémisphère gauche : 2^e foyer, petit, occupant le bord interne de la partie moyenne de F₁.

3^e foyer, à la partie postérieure de P₂, grosseur d'une noix.

OBS. X. — Ju. Henri, 46 ans. Interné le 4 avril 1933.

Mère internée et morte à l'asile de Rodez.

Premier accès mental à 35 ans ; interné à Clermont ; guérison rapide.

Deuxième accès : Début brusque des troubles mentaux. Confusion mentale avec agitation. Idées délirantes polymorphes et onirisme. Fièvre. Délire aigu. Température entre 39° et 40°, dès le 4^e jour. Rien de particulier dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Urée : 1 gr. Abolition des réflexes patellaires et achilléens. Aucun symptôme localisateur. Mort le 10^e jour de la maladie.

Autopsie : Trois foyers hémorragiques :

Hémisphère gauche : 1^{er} foyer, occupant la partie antérieure du putamen et du noyau caudé s'étendant jusqu'au pied de la 3^e frontale et la partie voisine de la 2^e frontale. 2^e foyer à la partie moyenne de F₂, de la grosseur d'une noisette, respectant plus ou moins une mince bande corticale.

Hémisphère droit : 3^e foyer, petit, dans la première circonvolution limbique, au-dessus du genou du corps calleux.

OBS. XI. — M. Ros. Joseph, 33 ans, Juif Polonais ; entré le 9 octobre 1933.

Céphalées depuis longtemps. Dépression depuis 6 mois avec craintes de persécution, puis amaigrissement (5 kilos en un mois). Hallu-

cinations auditives, olfactives, coenesthésiques et idées de persécution depuis le 30 septembre.

Le 9 octobre, anxiété intense, agitation et violences. Crises de raideur musculaire d'apparence pithiatique. Impulsions. Température : 38°, puis 37°. Internée le 12 octobre. Opposition, mutisme complet, refus d'aliments. Fièvre variable : 37°8, 39°5 ; périodes d'excitation violente. Etat grave. Sueurs. Ataxo-adynergie. Pas de signes de localisation. Azotémie 2,34 (21 octobre).

Décès le 22 octobre. Durée : 15 jours.

Autopsie : Un foyer hémorragique :

Hémisphère droit : Le foyer est situé à la partie postérieure de la première pariétale, de la grosseur d'une olive, constitué uniquement par une agglomération d'hémorragies punctiformes. Veine de Trolard turgescence.

Dans l'*hémisphère gauche*, sous la veine de Trolard, gorgée de sang, léger piqueté hémorragique sans altération apparente du tissu nerveux.

Anatomie pathologique

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — 1° *Encéphale*. — Dans toutes nos observations, les lésions macroscopiques de l'encéphale sont identiques. Elles consistent en une congestion intense des méninges aussi bien de la dure-mère que de la pie-mère. Les sinus nous ont toujours paru perméables. Les vaisseaux méningés, principalement les grosses veines de la convexité et de la face interne des hémisphères, sont gorgés de sang et se présentent sous la forme de gros cordons turgescents. La veine anastomotique de Trolard est particulièrement dilatée.

Les espaces sous-arachnoïdiens et la pie-mère elle-même sont le siège de suffusions sanguines, toujours plus prononcées au niveau des zones cérébrales où siègent les foyers hémorragiques.

Sur les coupes, l'ensemble de l'encéphale est congestionné et la substance grise prend la teinte hortensia. Piquetés sanguins diffus.

Les foyers hémorragiques se présentent toujours sous la même forme (fig. 1), ils intéressent généralement le cortex et les régions sous-corticales. Il s'agit d'une agglomération d'hémorragies punctiformes donnant un aspect marbré au tissu nerveux. Celui-ci est très friable, même autour de la zone hémorragique ; souvent un léger jet d'eau suffit pour le désagréger complètement. Le foyer va généralement en diminuant d'étendue à mesure qu'on le considère plus profondément dans la substance blanche sous-corticale. Il peut persister parfois à la périphérie du cortex une petite bande de tissu moins altéré. La

zône occupée par les hémorragies punctiformes ne répond pas, comme topographie, à un territoire artériel ; elle peut n'intéresser que le cortex. Fréquemment, on observe, dans la zone des hémorragies miliaries, un caillot de sang de volume variable (allant de la grosseur d'un grain de millet à celui d'une noix).

Le nombre et les localisations des foyers sont variables. Dans 4 cas, le foyer est unique (obs. 4, 8, 7, 11). Dans un cas, les deux

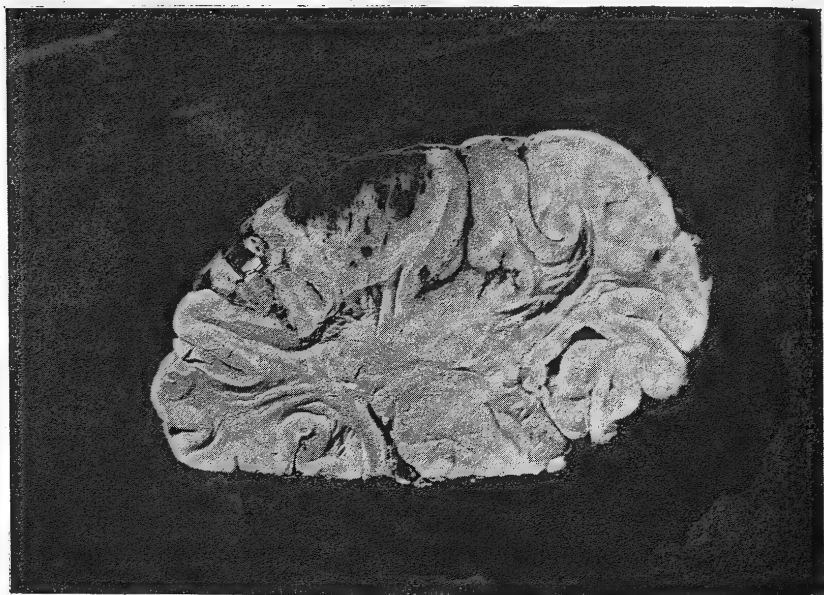


FIG. 1. — Foyer d'hémorragies punctiformes cortical et sous-cortical.
Partie moyenne de la pariétale ascendante droite.

seuls foyers siègent dans le même hémisphère (obs. 6). Dans les 6 autres cas (obs. 1, 2, 4, 8, 9, 10), on note 3 foyers et les deux hémisphères sont atteints. Les foyers sont rarement symétriques.

Au total, sur 11 cas, nous trouvons 24 foyers hémorragiques, 13 occupent l'hémisphère droit et 11 l'hémisphère gauche. Leurs localisations sont les suivantes : 10 fois, c'est le lobe frontal qui est intéressé [4 fois le droit (obs. 1, 2, 6, 9) et 6 fois le gauche (obs. 2, 3, 4, 8, 9, 10)] ; dans 3 cas, c'est la seule frontale ascendante (obs. 2, 3 et 8) ; dans un cas, le foyer hémorragique occupe le lobe frontal et le lobe pariétal (obs. 5). Les circonvolutions pariétales sont 7 fois le siège des foyers d'hémorragies miliaries [5 fois à droite (obs. 2, 4, 6, 8, 11) et 2 fois à gauche (obs. 4, 7)].

La pariétale ascendante est atteinte 5 fois. Trois fois, c'est le lobe occipital (obs. 1, 2) et les foyers y sont de petite étendue. La circonvolution limbique est atteinte dans un cas (obs. X). Enfin, dans un cas (obs. X), il existe un foyer d'hémorragies dans les noyaux gris centraux.

Les lobes temporaux et le cervelet sont restés indemnes.

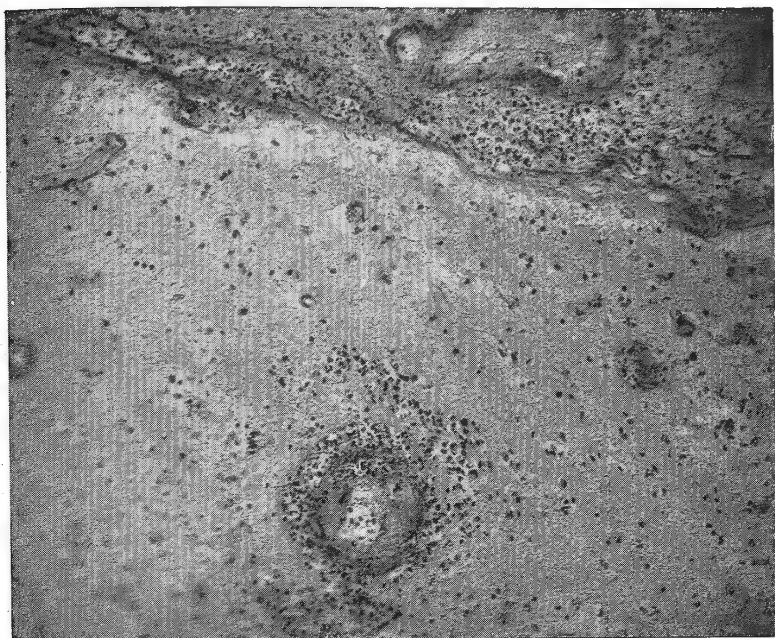


Fig. 2. — Pie-mère et vaisseaux méningés infiltrés de polynucléaires et dissociés par le sang extravasé. Veinule intra-corticale également infiltrée de polynucléaires donnant l'impression d'un foyer miliaire puriforme. Méthode de Van Gieson. D : 115.

C'est donc dans la partie antérieure du cerveau, principalement dans les lobes frontaux et la pariétale ascendante, que siègent les foyers hémorragiques.

Les autres lésions macroscopiques de l'encéphalite psychosique aiguë hémorragique ne diffèrent en rien de celles de l'encéphalite psychosique aiguë non hémorragiques.

Les poids de l'encéphale ne présentent rien de particulier (tableau I). A noter cependant que, dans les cas où le foyer hémorragique est unilatéral, le poids de l'hémisphère intéressé est plus élevé que celui de l'autre hémisphère.

TABLEAU I

OBSER- VATIONS	NOMS	AGE	SEXE	CAUSE DE L'ENCÉPHALITÉ	DURÉE DE L'AFFECTION	POIDS DES ÉMISPHÈRES		POIDS DU CERVELET ET DU BULBE	FOIE	REINS		RATE	CŒUR
						droit	gauche			droit	gau- che		
I.....	L. Pierre	35	H	Typhoïde	15 j.	715 (Hém.)	680 (Hém.)	95	1250	140	160	90	380
II.....	P. Léontine	47	F	Inconnue	8 j.	490 (Hém.)	500 (Hém.)	130	1550	130	150	150	250
III.....	H. Andrée	31	F	Inconnue	7 j.	470	510 (Hém.)	180	1400	140	140	150	340
IV.....	D. Simone	26	F	Post partum	14 j.	510 (Hém.)	530 (Hém.)	150	1470	140	150	90	250
V.....	D. Suzanne	24	F	Post abortum	12 j.	560 (Hém.)	490	150	1985	180	125	125	310
VI.....	B. Hélène	25	F	Inconnue	13 j.	600 (Hém.)	560	166	1300	130	160	150	220
VII.....	R. Jeanne	44	F	Inconnue	8 j.	545	605 (Hém.)	152	1430	100	90	50	210
VIII.....	M. Suzanne	43	F	Inconnue	12 j.	545 (Hém.)	580 (Hém.)	150	1250	120	140	50	240
IX.....	H. Marry	20	F	Gravidité	14 j.	620 (Hém.)	620 (Hém.)	180	1050	90	110	70	180
X.....	J. Henri	46	H	Inconnue	9 j.	560 (Hém.)	600 (Hém.)	160	1500	150	170	135	320
XI.....	R. Joseph	33	H	Inconnue	15 j.	650 (Hém.)	640	190	»	»	»	»	»

Organes : Les organes sont congestionnés, mais nous n'avons relevé dans aucun cas de foyers hémorragiques. Malgré la réplétion sanguine, leurs poids ne s'éloignent pas de ceux de la normale (tableau I). Dans un seul cas, le foie était hypertrophié (1.985 gr.). Le poids de la rate est très variable allant de 50 gr. à 150 gr. ; cet organe ne présente donc pas d'hypertrophie, lésions constatées si fréquemment au cours des maladies infec-

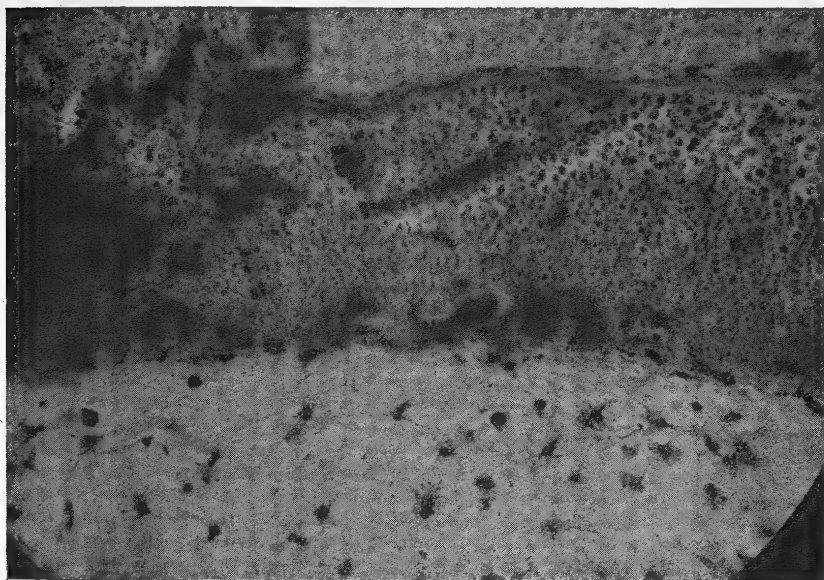


FIG. 3. — Suffusions sanguines méningées et réaction névroglique dans la couche moléculaire. Méthode de Nissl ; D : 115.

tieuses. L'examen des reins, du cœur, des poumons, de l'intestin n'a décelé rien de particulier. Dans aucun cas, fait déjà noté à propos des encéphalites psychosiques aiguës non hémorragiques, nous n'avons noté d'endocardite comme dans certaines affections septiques.

Examen microscopique

1° *Système nerveux*. — Au niveau des zones hémorragiques, la pie-mère et les espaces sous-arachnoïdiens sont infiltrés de sang, surtout dans les sillons ; dans la nappe sanguine, baignent veines et artères dont l'endothélium est tuméfié. Les petites

veines sont thrombosées. Dans la plupart, le thrombus est en voie d'organisation. Autour des veinules et dans leur lumière, amas de polynucléaires en voie de désintégration. Parfois, certaines artérioles présentent un décollement de leur endothélium qui reste séparé des autres parties constitutives de la paroi ; l'espace compris entre l'endothélium et la tunique musculaire est rempli de globules rouges, de monocytes et de polynucléaires. La lumière du vaisseau reste perméable. Le tissu collagène périvasculaire est dissocié par le sang ; les cellules conjonctives

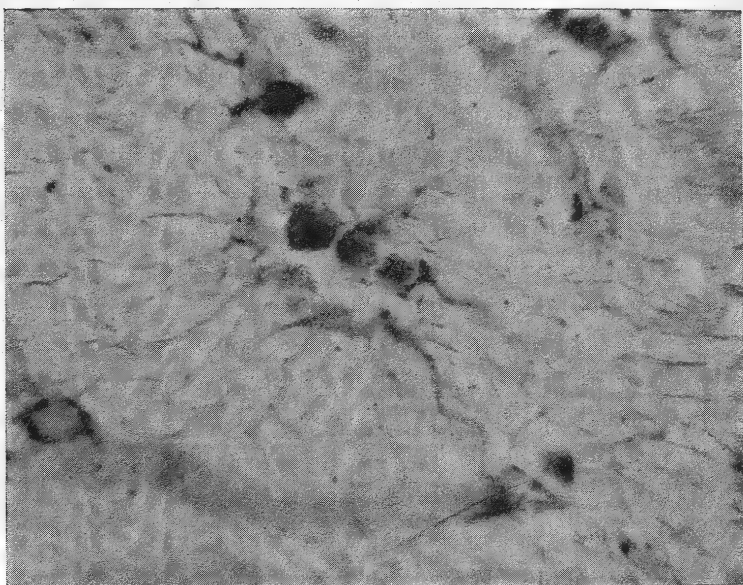


FIG. 4. — Une cellule névroglique de la couche moléculaire en voie de prolifération. Méthode de R.-Y. Cajal ; D : 725.

sont hyperplasiées et en voie de prolifération ; présence par places de nombreux corps granuleux (fig. 2).

Les grosses veines méningées qui, macroscopiquement, font saillie sur la face des hémisphères sous forme de gros cordons ont parfois leurs parois dissociées par des globules sanguins. Les tissus collagène et élastique ne sont plus alors représentés que par des fibres qui nagent dans le sang. Dans d'autres cas, la paroi veineuse est respectée, mais la réaction lympho-leucocytaire périvasculaire est très accusée. La lumière de ces grosses veines est remplie de globules rouges et de polynucléaires indiquant un début d'organisation thrombosique.

Le cortex, situé sous les suffusions sanguines méningées, est dilacéré par le sang répandu sous la pie-mère. Les cellules névrogliques de la couche moléculaire sont hyperplasiées (fig. 3 et 4).

Les hémorragies miliaires présentent une topographie élective autour des veines et des capillaires (fig. 5) ; elles sont situées côte à côte et centrées par un vaisseau dont les parois

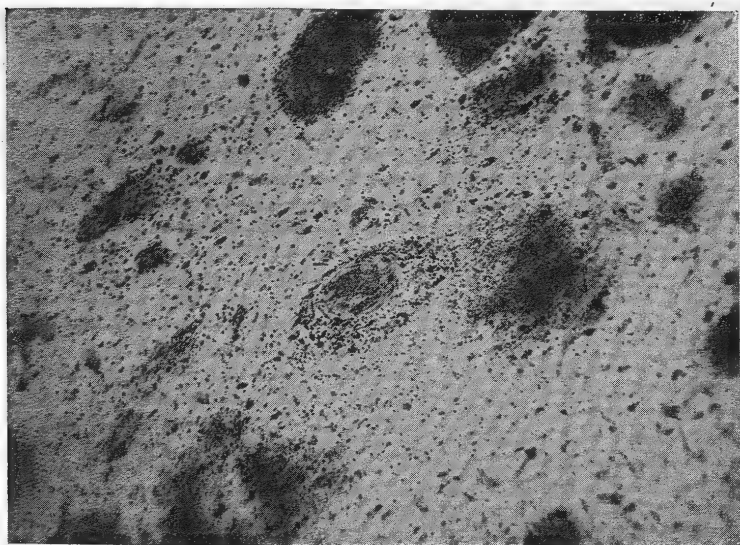


FIG. 5. — Hémorragies punctiformes péri-veineuses et péri-capillaires. — Absence d'extravasations sanguines autour de l'artériole située au centre de la photo. — Méth. de Nissl ; D : 70.

sont parfois infiltrées de polynucléaires en voie de désintégration donnant l'impression de foyers miliaires puriformes (fig. 2). La lumière de certaines veinules est complètement obstruée par la prolifération de l'endothélium ou par des amas de polynucléaires ; leurs parois sont en voie de nécrose.

Le sang extravasé autour des capillaires et des veinules occupe des zones plus ou moins arrondies (hémorragies miliaires, punctiformes, circulaires), arrêté qu'il est, dans sa progression, par le tissu nerveux qui lui fait obstacle (fig. 5). Il est parfois possible, sur des coupes sériées, de trouver l'endroit où le vaisseau s'est rompu (fig. 6). Nombreux capillaires et veinules sont distendus à l'extrême et leurs parois sont sur le point de se rompre

(fig. 7). Il est fréquent de noter parfois, autour de ces vaisseaux, quelques globules rouges et polynucléaires déjà extravasés. Dans toute cette zone et à sa périphérie, exsudation séreuse, œdémateuse, dissociant le parenchyme, dilatant les espaces périvasculaires et péricellulaires (fig. 8).

Dans la zone des hémorragies miliaries, les artérioles ne participent pas aux hémorragies punctiformes, mais leur adventice a

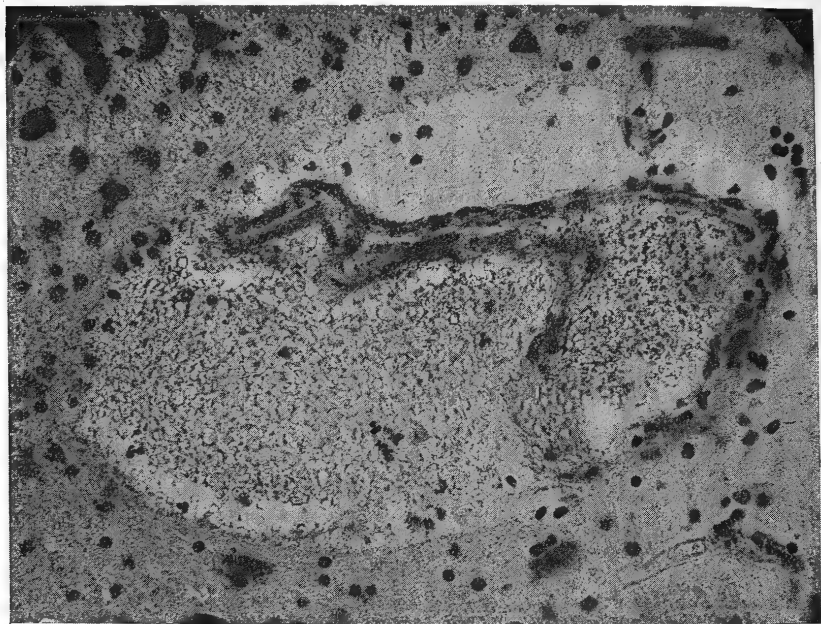


FIG. 6. — Veinule rompue et extravasation sanguine récente. — Méth. de Nissl ; D : 325.

proliféré et est infiltré de nombreux corps granuleux remplis de granulations lipoiïdiques (fig. 5 et 9).

Dans la zone des hémorragies miliaries, le tissu nerveux est atteint de ramollissement ; les fibres à myéline sont fragmentées, les cellules nerveuses profondément lésées ; leur ordination est détruite ; leur corps est déformé ; le cytoplasme reste uniformément coloré ou prend une apparence granuleuse ; les noyaux sont situés excentriquement ; aucune figure de neurophagie.

Dans plusieurs cas, nous avons noté, disséminées dans les espaces péricellulaires, autour des cellules altérées, des granulations irrégulières qui prennent les colorants basiques et l'héma-

toxyline, et qui paraissent être des débris de polynucléaires (fig. 10). Nous avons également noté ces mêmes granulations autour des veines thrombosées de la pie-mère.

Dans cette même zone, les cellules névrogliques sont en voie de nécrose ; leurs prolongements épais, irréguliers, tronqués, prennent un aspect granuleux ; les corps cellulaires ont perdu leur forme normale et renferment des granulations lipodiques. Par contre, à la périphérie des zones hémorragiques, la réaction



FIG. 7. — Veinule distendue sur le point de se rompre. — Méth. de Nissl ; D : 70.

névroglique est déjà accusée et les cellules prennent une forme monstrueuse (fig. 11).

Dans la substance blanche sous-corticale, les hémorragies punctiformes se présentent sous la même forme que dans le cortex. Par endroits, les amas de globules rouges extravasés s'étalent sans déterminer aucune réaction. En d'autres endroits, le parenchyme est infiltré de polynucléaires et de cellules mononucléées. Ici encore, le tissu nerveux est atteint de ramollissement aigu. Coloration pâle des fibres myéliniques au Weigert-Pal.

Dans aucun cas, nous n'avons pu mettre en évidence des éléments microbiens ou des inclusions cellulaires.

Dans les autres régions cérébrales qui, macroscopiquement, sont situées en dehors des foyers hémorragiques, on note les lésions de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique que nous avons décrites dans des travaux antérieurs, lésions d'ordre dégénératif frappant les cellules nerveuses, lésions d'ordre inflammatoire consistant en réaction péricellulaire (satellitose) et en

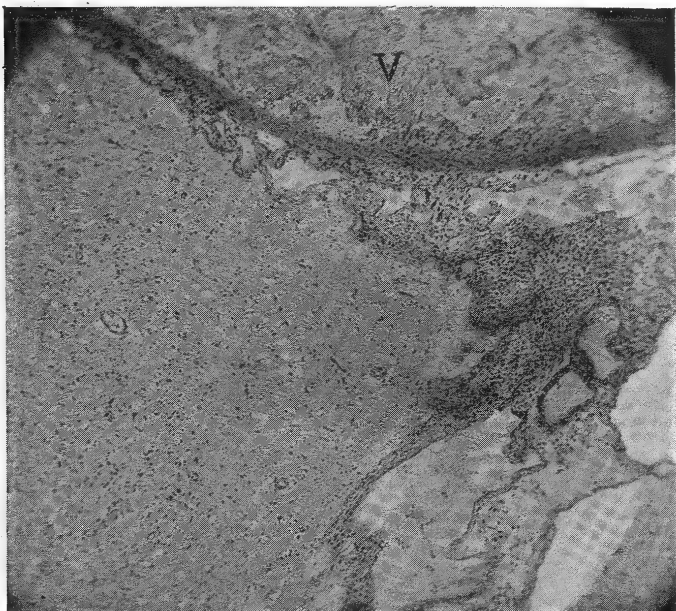


FIG. 8. — V, grosse veine de la convexité en partie thrombosée. Pie-mère infiltrée de monocytes. Exsudation œdémateuse corticale dissociant le parenchyme, dilatant les espaces périvasculaires et péricellulaires. Méth. Van Gieson ; D : 50.

réaction périvasculaire intéressant particulièrement les petits vaisseaux et les capillaires de la substance blanche sous-corticale dans les lobes frontaux et dans les noyaux gris centraux (fig. 12).

Il est fréquent, en outre, d'observer quelques hémorragies péricapillaires isolées surtout dans les régions mésodiencephaliques.

Il y a lieu enfin de remarquer que, dans l'encéphalite psychosique aiguë hémorragique, les foyers d'hémorragies capillaires ne sont pas nécessairement en rapport avec les zones cérébrales où dominent les lésions inflammatoires vasculaires.

2° *Organes.* — Malgré l'état congestif des organes, dans aucun de nos examens, nous n'avons noté d'hémorragies microscopiques en foyer.

Dans la plupart des cas, les reins sont atteints d'une légère sclérose diffuse péritubulaire et périglomérulaire. Dans un cas (obs. 8), il existait des lésions de néphrite subaiguë et dans deux

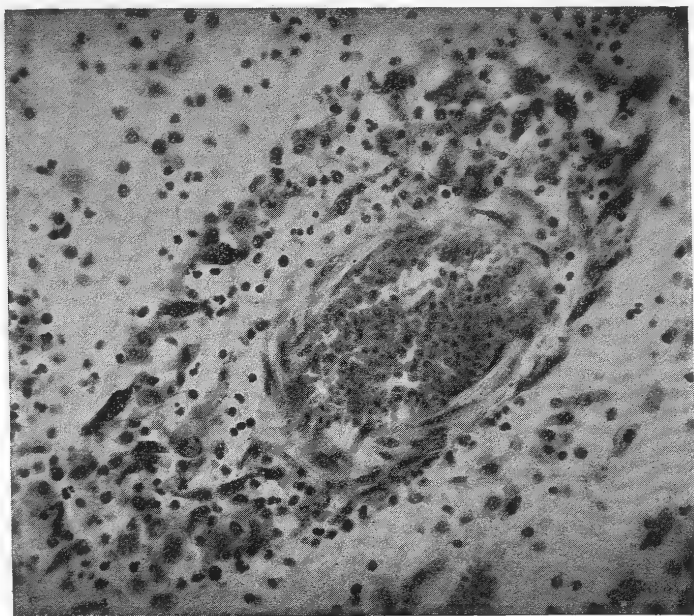


FIG. 9. — Artériole de la fig. 5 à un plus fort grossissement. Présence de nombreux corps granuleux dans l'adventice proliférée ; pas de sang extravasé. — Méth. de Nissl ; D : 325.

autres (obs. IV et XI), de la dégénérescence granuleuse des cellules des tubes urinaires.

La dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, généralement peu accusée, a été souvent constatée. Dans deux cas seulement, il existait une légère sclérose avec infiltration des espaces portes.

Dans la rate, la pulpe rouge est toujours très développée par rapport aux corpuscules de Malpighi.

Le pancréas et les glandes surrénales ne présentent rien de particulier. La glande thyroïde est en hyperfonctionnement ; les acini sont dilatés par la substance colloïde.

L'hypophyse toujours très congestionnée ne présente généralement pas d'autres lésions. Dans un cas, il existait des hémorragies péricapillaires dans la tige pituitaire (obs. 8) et dans un autre, une sclérose légère du lobe glandulaire (obs. 5).

Dans les deux cas où le délire aigu survint après l'accouchement ou l'avortement (obs. 4 et 5), les ovaires étaient normaux.

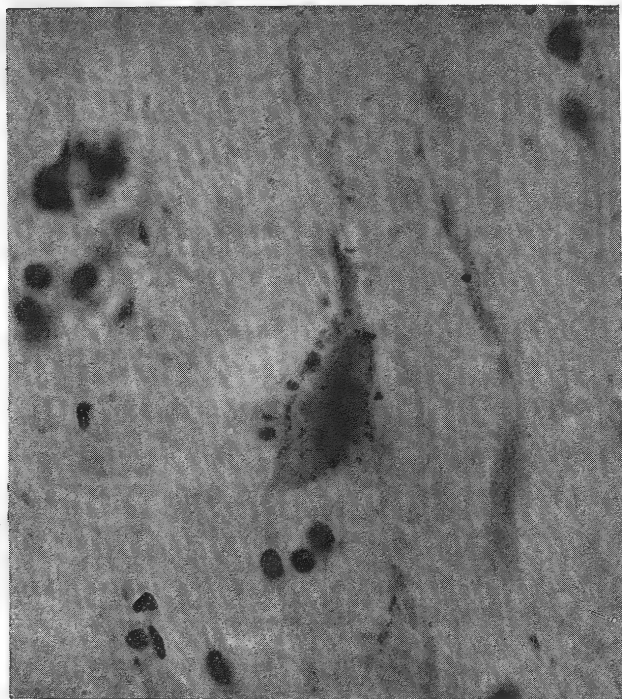


FIG. 10. — Cellule pyramidale altérée située près d'un foyer hémorragique et entourée de granulations basophiles. — Méth. de Nissl ; D : 730.

L'utérus présentait une hypertrophie de sa musculature et des foyers hémorragiques récents sans traces d'inflammation septique.

Ainsi, comme nous l'avons montré antérieurement (1), il semble que, dans la pathogénie des foyers hémorragiques cérébraux, plusieurs processus ajoutent leurs effets : 1° un élément toxi-

(1) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Note anatomo-pathologique sur dix cas d'encéphalite psychosique hémorragique. *Réunion plénière de la Soc. Anat.*, 12 octobre 1933.

infectieux qui détermine la phlébite des petites veines méningées et leur thrombose ; 2° un processus mécanique secondaire à cette oblitération veineuse qui entraîne, soit la rupture des veinules et des capillaires tributaires des veines méningées thrombosées, soit leur dilatation avec diapédèse du sang (hémorragies punctiformes) ; 3° le ramollissement aigu du parenchyme nerveux.



FIG. 11. — Réaction névroglique autour d'un foyer hémorragique. — Méth. de R.-Y. Cajal ; D : 325.

Parfois, et non constamment, un épanchement sanguin plus ou moins massif peut secondairement se former dans la zone ramollie.

*
**

Si l'hémorragie cérébrale qui vient compliquer l'encéphalite psychosique aiguë peut apporter quelques données sur la genèse de certaines hémorragies cérébrales et venir à l'appui de la thèse de l'hémorragie cérébrale par diapédèse, les particularités anatomo-pathologiques qu'elle présente permettent, d'autre part, de préciser quelques points concernant le problème de la pathogénie du délire aigu.

Les lésions hémorragiques dans les encéphalites psychosiques aiguës sont identiques en réalité à celles des encéphalites que l'on a décrites comme complications des maladies infectieuses chez l'enfant et l'adulte.

Si l'on s'en rapporte aux travaux de Préobrajenski (1), de

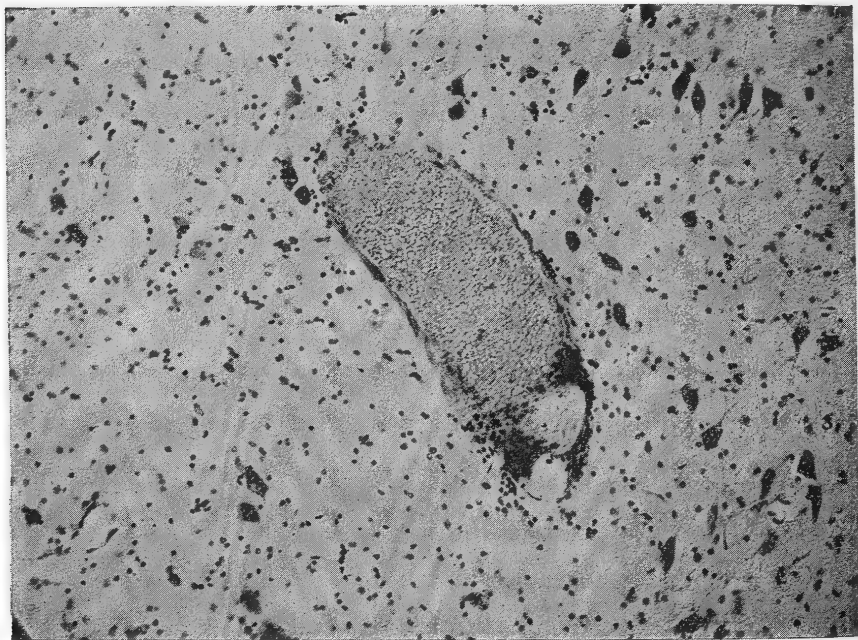


FIG. 12. — Couche optique. Veinule atteinte de périvasculite. — Méth. de Nissl ; D : 115.

Raymond et Cestan (2), Chartier (3), Nové-Josserand (4), H. Claude (5), Laignel-Lavastine et Voisin (6), Comte (7), Waggo-

(1) PRÉOBRAJENSKI. — Etudes sur l'encéphalite hémorragique. *Soc. de Neuro. et de psych. de Moscou*, 1900 et *Obozr. psich. nevrol. de St-Petersbourg*, 1901, p. 401.

(2) M. RAYMOND et R. CESTAN. — L'encéphalite aiguë hémorragique. *Gaz. des Hôp.*, 26 juillet 1904, p. 829.

(3) M. CHARTIER. — L'encéphalite aiguë non suppurée. *Thèse de Paris*, 1907.

(4) NOVÉ-JOSSERAND. — *Thèse de Bordeaux*, 1909.

(5) H. CLAUDE. — La phlébite des veines cérébrales. *Rev. de Méd.*, 11 nov. 1911.

(6) LAIGNEL-LAVASTINE et R. VOISIN. — Anatomie et pathogénie de l'encéphalite aiguë. *Arch. de Méd. expér. et d'anat. path.*, janvier 1907.

(7) A. COMTE. — Nouveau traité de médecine, t. XIX, p. 303.

ner (1), Barré et Greiner (2), Ribadeau-Dumas et Debray (3), ces lésions porteraient la signature même d'une inflammation aiguë toxi-infectieuse. La réaction polynucléaire, aussi bien méningée que périvasculaire que nous retrouvons dans tous nos cas, son intensité qui donne l'apparence de petits abcès microscopiques semblent fortifier cette interprétation. Et cependant, la seule preuve indiscutable qui pourrait lever tous les doutes serait la constatation de l'agent microbien causal dans les foyers hémorragiques. Or, de l'avis de tous les auteurs qui ont étudié ces ramollissements inflammatoires, on n'y peut déceler aucun microbe. Dans nos onze cas examinés histologiquement, nous n'avons pu découvrir aucun élément figuré. Dans les cas où nous avons procédé à l'inoculation à l'animal, nous n'avons obtenu que des résultats négatifs. Malgré l'objection que l'on peut nous opposer que l'agent pathogène peut être un microbe filtrable, donc invisible par nos procédés actuels, nous pensons plutôt que les lésions inflammatoires dans l'encéphalite psychosique aiguë sont dues à des toxines microbiennes ou à des produits toxiques encore indéterminés, et voici nos raisons. Dans les régions situées en dehors des foyers hémorragiques, les réactions vasculaires sont toujours représentées par des mononucléaires et ce n'est que dans les régions hémorragiques que l'on note la réaction polynucléaire et il en est ainsi aussi bien dans les encéphalites primitives, c'est-à-dire sans cause apparente que dans les encéphalites secondaires à un état infectieux et dans les encéphalites qui surviennent après un accouchement normal. Comme appui à notre thèse, nous citerons le fait que des produits toxiques exogènes tel que l'alcool peuvent déterminer les mêmes altérations que celles que nous venons de décrire. La réaction inflammatoire à polynucléaires nous paraît donc secondaire aux extravasations sanguines et à la nécrose des parois des veinules et des capillaires.

Nous ne pensons pas que l'on puisse faire intervenir, dans la pathogénie de l'encéphalite hémorragique, une dyscrasie sanguine puisque nous n'avons pas observé d'autres foyers dans les organes autres que le cerveau.

Il résulte des considérations anatomiques précédentes que les

(1) WAGGONER. — Thrombosis of a superior cerebral vein. *Arch. of Neurol. and Psych.*, juill.-déc. 1928.

(2) BARRÉ et GREINER. — Etude clinique et anatomique d'un cas de thrombo-phlébite cérébrale partielle puerpérale. *Rev. Neurol.*, t. II, 1932, p. 361.

(3) RIBADEAU-DUMAS et DEBRAY. — De l'encéphalite congestive et hémorragique au cours des infections du premier âge. *Soc. de Pédiatrie de Paris*, févr. 1925, p. 97.

foyers d'hémorragies punctiformes agglomérées n'apparaissent que comme une complication au cours de l'encéphalite psychosigüe aiguë.

Aussi, dans les onze observations qui forment la base de notre travail, nous retrouvons les mêmes modes d'apparition que ceux que nous avons décrits avec M. Toulouse (1), à propos de l'encéphalite psychosigüe azotémique, c'est-à-dire des formes primitives, des formes survenant au cours d'une psychose banale, des formes secondaires à un état infectieux ou à l'état puerpéral.

L'encéphalite débuta brusquement sans cause apparente dans trois de nos cas (obs. 2, 9, 10) ; elle fut précédée de troubles mentaux de forme dépressive dans quatre cas (obs. 3, 6, 7, 11) ; elle apparut au cours d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde) dans un cas (obs. 1), au cours de la grossesse dans l'obs. IX, après un accouchement prématuré dans l'obs. IV, après un avortement provoqué (2) dans l'obs. V. La céphalée prémonitoire est notée dans plusieurs cas (obs. III, V, VII et XI).

Cliniquement, les manifestations initiales des encéphalites psychosigües aiguës hémorragiques sont celles du délire aigu. Après une période prodromique plus ou moins prolongée, apparaît un état de confusion mentale hallucinatoire avec agitation, anxiété, fièvre, refus d'aliments, azotémie croissante. Cette phase dure 5 à 7 jours, puis un certain calme moteur se manifeste, les symptômes graves paraissent se dissiper.

Deux processus évolutifs peuvent alors s'observer, tous deux marqués généralement par l'apparition d'un coma rapide sans ictus à proprement parler avec, habituellement, une hausse subite de la température.

Dans le premier, on ne constate aucun phénomène localisateur surajouté (5 cas). Dans trois de ces cas, le coma est survenu presque subitement alors que l'amélioration était manifeste et qu'une évolution favorable pouvait être espérée. L'hémorragie cérébrale ne fut alors découverte qu'à l'autopsie et occupait des zones dites muettes de l'encéphale.

Dans la deuxième forme évolutive, des signes de localisation (hémiplégie, monoplégie de type cérébral, crises convulsives bravais-jacksoniennes) ou d'irritation cérébrale (crises convulsives

(1) E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS. — L'encéphalite psychosigüe aiguë azotémique. *Presse médicale*, 12 avril 1930. — Les encéphalites psychosigües secondaires. *Presse médicale*, 1^{er} avril 1931.

(2) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique. *Soc. méd. psych.*, 9 juin 1932.

généralisées) sont venus traduire cliniquement l'apparition du ou des foyers cérébraux hémorragiques (obs. 1, 2, 4, 6, 7 et 8).

L'hémiplégie seule fut constatée deux fois, elle était à gauche dans un cas (obs. 1), à droite dans l'autre (obs. 7).

Les crises épileptiformes généralisées sans autres symptômes localisateurs furent observées deux fois également. Dans l'observation II, le sujet présenta une unique crise bravais-jacksonienne du côté droit ; dans le cas VI, les convulsions, également unilatérales, intéressèrent d'abord le côté droit, puis le seul côté gauche et cependant, à l'autopsie, on constata que l'hémisphère droit seul était le siège de deux foyers hémorragiques.

Enfin, dans deux cas, hémiplégie et crises épileptiformes s'associèrent (obs. IV et VIII). Les crises furent généralisées dans le cas IV et l'hémiplégie consécutive était à droite. Dans l'observation VIII, le coma et l'hémiplégie droite précédèrent de quelques heures 3 crises généralisées avec prédominance des convulsions du côté gauche. Chez ces malades, l'apparition des phénomènes neurologiques fut très brutale. Dans l'observation VII, tout danger vital paraissait écarté, le calme était revenu, l'alimentation s'effectuait facilement, la fièvre avait disparu depuis plusieurs jours, quand survint l'hémiplégie ; le lendemain, la malade succombait.

Dans toutes nos observations, l'apparition des signes de lésions cérébrales en foyer fut d'un pronostic immédiat très grave et la mort survint de 20 à 30 heures après leur début. Cependant, dans l'observation I, l'hémiplégie gauche apparut progressivement sans s'accompagner de coma (qui existait dans tous les autres cas), 5 jours avant le décès. Signalons encore qu'une ponction lombaire ramena (obs. II) un liquide xanthochromique deux jours avant l'apparition de la crise bravais-jacksonienne qui précéda la mort d'une journée ; dans ce cas, le processus hémorragique méningo-cérébral avait débuté aussi plusieurs jours avant l'apparition des signes cliniques indiquant une lésion localisée.

Nous signalerons maintenant un symptôme que l'un de nous (1) a observé dans plusieurs cas d'encéphalite hémorragique (obs. IV, VII et VIII) et qui n'avait pas encore été décrit.

Quand, chez le sujet dans le coma, on fléchit passivement la tête sur la poitrine (dans un cas (obs. VIII) la simple rotation de la tête à droite ou à gauche suffisait), on provoque une flexion

(1) A. COURTOIS. — Flexion réflexe unilatérale de la jambe par flexion de la tête en cas de coma par lésion cérébrale circonscrite. *Soc. Méd. Psychol.*, mai 1931.

de la jambe d'un seul côté. On peut observer aussi la flexion de l'avant-bras sur le bras si le membre est en extension.

Lorsqu'on laisse retomber la tête sur l'oreiller, la jambe peut reprendre spontanément son attitude en extension, ou bien la flexion persiste et il faut replacer le membre dans son extension primitive pour que le même phénomène puisse se manifester à l'occasion d'une nouvelle flexion de la tête. Ce mouvement unilatéral peut être reproduit facilement plusieurs fois de suite sans tendance notable à s'affaiblir. Dans les dernières heures de la maladie seulement, il devient difficile de le mettre en évidence et il s'épuise alors rapidement.

Quelle que soit l'interprétation que l'on apporte au signe de flexion unilatérale de la jambe par flexion de la tête, ce symptôme simple nous a permis de préciser dans trois cas le côté paralysé, c'est celui qui reste immobile pendant la flexion céphalique. Dans les 3 cas où nous l'avons observé, la lésion intéressait le cortex et siégeait dans la région motrice ou dans une zone très voisine.

Dans cette forme hémorragique de l'encéphalite psychosique aiguë, nous n'avons pas constaté les signes méningés classiques. Il n'y avait ni signe de Kernig, ni signe de Guillain, ni contracture, ni raideur prononcée de la nuque ; les malades ne prenaient pas la position en chien de fusil. Dans trois cas (obs. IV, VII et VIII), nous avons observé un strabisme divergent.

Chez aucun de nos sujets, nous n'avons noté d'hypertension artérielle ; la pression prise au cours de la maladie était normale ou parfois au-dessous de la normale.

La durée de l'affection a été sensiblement la même que celle de l'encéphalite psychosique aiguë non compliquée d'hémorragies et a varié de 8 à 15 jours.

Quant au syndrome biologique, il n'offrait pas des caractéristiques importantes. Retenons seulement que si — comme dans les autres encéphalites psychosiques aiguës — l'urée sanguine augmenta, son taux ne s'éleva pas particulièrement au moment où apparurent les signes de lésion en foyer. Il ne dépassa guère 1 gr. 50 à 2 gr. Dans un cas où l'amélioration physique était manifeste depuis 4 ou 5 jours, le taux de l'urée sanguine était tombé de 2 gr. 0 gr. 74, quand apparurent les signes d'hémorragie cérébrale. Le chlore fut augmenté, la cholestérine et le sucre restèrent à des taux normaux.

L'hémoculture, dans les cas où elle fut pratiquée, donna un résultat négatif.

Dans le liquide céphalo-rachidien, outre l'excès d'urée, on note l'augmentation du chlore (plus de 5 gr.) et du sucre (0 gr. 90 à 1 gr. 10).

Mais surtout, phénomène capital et qui, à lui seul, permet de penser à une forme hémorragique, le liquide céphalo-rachidien qui, au début du délire aigu était clair, devient rosé, puis xanthochromique. On y trouve cependant peu de globules rouges. Le taux de l'albumine toujours élevé a été dans nos cas assez stable, autour de 2 gr. 50 ; la réaction de Pandy était très positive, celle de Weichbrodt nulle ou à peine indiquée, la leucocytose a oscillé entre 11 et 80 éléments. Comme avec tous les liquides xanthochromiques, le benjoin précipite dans les zones syphilitique et méningitique, respectant parfois quelques tubes de la série du milieu. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives.

Quant aux urines, elles sont ou bien normales, ou bien on y trouve quelques centigrammes d'albumine, de l'urobiline. L'urée et le chlore sont souvent diminués. Il n'existe pas de glycosurie.

**

En résumé, l'encéphalite psychosique aiguë azotémique peut prendre la forme hémorragique. Les foyers hémorragiques qui sont le plus souvent multiples intéressent les régions corticales et sous-corticales ; ils sont secondaires à la thrombose des petites veines méningées et sont constitués par l'agglomération d'hémorragies punctiformes périveineuses et péri-capillaires entraînant secondairement le ramollissement aigu du tissu nerveux.

Cette complication du délire aigu se traduit cliniquement soit par un coma rapide sans ictus, soit par des signes de localisation (hémiplégie, monoplégie, crises convulsives) et la mort survient rapidement. Le principal symptôme biologique consiste, outre l'azotémie en la constatation d'un liquide céphalo-rachidien xanthochromique.

Cette forme hémorragique du délire aigu est à rapprocher des encéphalites hémorragiques que l'on a décrites comme complication des maladies infectieuses chez l'enfant et l'adulte (1).

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, Médecin-Directeur : Dr E. Toulouse.

PSYCHOPHYSIOLOGIE DU SUICIDE

Le suicide non pathologique

PAR

PAUL COURBON

On voudrait, dans les pages suivantes, tirer la conclusion de la lecture de trois livres également intéressants, parus en France en ces dernières années sur le suicide, sous la signature de MM. Halbwachs (1), Delmas (2), Blondel (3), et dont les comptes rendus détaillés ont été publiés dans cette revue.

Cette conclusion tend à prouver que si les deux derniers auteurs ont, contre l'affirmation du premier, parfaitement établi que la condition essentielle du suicide était d'ordre biologique et non sociologique, ils n'ont pas du tout démontré que cette condition biologique soit toujours pathologique, ainsi que l'affirme péremptoirement M. Delmas et que le concède beaucoup moins catégoriquement M. Blondel.

Ce sont donc des arguments en faveur du « suicide non pathologique » que l'on veut apporter ici. On commencera par les présenter, dans une critique qui visera d'une part le désaccord entre la définition du suicide par ces auteurs, d'autre part l'irréalité au point de vue biologique de la distinction qu'ils admettent entre suicide et sacrifice. On les reprendra ensuite dans une psychophysiologie qui envisagera d'abord le côté affectif conscient (dégoût de la vie, peur de la mort), puis le côté effectif (réaction psycho-motrice) de l'acte autodestructeur.

Cette dernière expression, on l'emploiera, non par vaniteux penchant pour le néologisme, mais pour éviter l'amphibologie créée par l'acception courante du mot suicide et par l'acception restrictive que lui ont imposée les trois auteurs précédents.

(1) Voir COURBON. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, tome 1, p. 322. Halbwachs : Les causes du suicide.

(2) Voir COURBON. — *Id.*, 1933, tome I, p. 228. Delmas : *Psychopathologie du suicide*.

(3) Voir COURBON. — *Id.*, 1933, tome II, p. 424. Blondel : *Le suicide*.

I. CRITIQUE DE LA DOCTRINE DU SUICIDE

RÉACTION TOUJOURS MORBIDE

D'après cette doctrine, tout suicide a pour condition l'anxiété et le suicidé n'est jamais qu'un cyclothymique ou un émotif.

On est immédiatement frappé par la contradiction d'une telle pathogénie pour un acte dont la définition est la suivante : « Le suicide est l'acte par lequel un homme lucide, pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir, sans nécessité éthique », car cette définition équivaut à une proclamation de l'impossibilité d'un tel acte au cours d'un état d'anxiété. L'anxiété ayant comme caractères essentiels : l'insécurité, le doute, l'irrésolution, est, en effet, de par sa nature, incapable de réaliser les conditions du libre choix.

L'observation de l'anxieux pendant sa crise, nous montre que, réussies ou non, ses tentatives de suicide sont marquées au double coin de l'hésitation et de la fureur, sont constituées à la fois par des égratignures insignifiantes et des mutilations horribles. J'ai dans mon service une mélancolique que ses médecins non spécialisés prirent pour une pathomime, malgré une auto-amputation de la main gauche, à cause de ses tergiversations à exécuter ses impulsions au suicide, tantôt se serrant le cou avec un fil de laine, tantôt s'ouvrant une veine, tantôt avalant des cailloux.

Pour qu'un acte soit reconnu anxieux, il faut que dans sa préparation, dans son exécution ou tout au moins dans des actes contemporains de celles-ci, on trouve des caractères d'anxiété. Plus l'individu s'est montré incertain, hésitant, irrésolu, moins la lucidité de son choix est évidente. Si sa conduite a été celle d'un homme conscient et décidé, on n'a pas le droit de la dire pathologique. Le diagnostic est un fait de constatation et non d'anamnèse. Avoir été anxieux jadis n'est pas une preuve qu'on le soit encore.

Mais si l'anxiété actuelle interdit toute lucidité, toute liberté de choix, toute coordination tranquille des actes, toute apparence normale de la conduite, le souvenir d'une crise d'anxiété antérieure peut fort bien être la cause d'une mesure prophylactique contre le retour de cette crise, mesure que le sujet exécutera sans redevenir le moins du monde anxieux pour cela. L'individu qui se protège contre la récurrence des tortures de l'angoisse, est comparable au rescapé d'un incendie ou d'un naufrage, méditant et construisant un dispositif de sauvetage. C'est le souvenir de son affolement pendant le drame qui inspire le rescapé ; mais il n'y a

aucune reviviscence de cet affolement pendant qu'il cherche et trouve la solution. Personne ne consentira à dire qu'il était affolé au moment de son invention.

Que l'évocation d'un accès d'anxiété en période de santé mentale puisse ramener l'anxiété, on le reconnaît. C'est pécher contre l'hygiène que de faire raconter par d'anciens malades ce qu'ils éprouvaient lors de leur maladie. Mais quand la guérison est complète, l'évocation est sans danger. Et s'il n'y a jamais eu anxiété, dans le passé du sujet... ?

Donc, ou bien toutes les autodestructions sont des réactions anxieuses et alors la définition du suicide : choix lucide de mort, ne s'applique à aucune ; ou bien il y a des autodestructions qui sont de véritables choix lucides de mort et alors l'anxiété n'est pour rien dans le déterminisme de ces suicides.

Quant à la distinction du suicide, acte dans lequel le sujet ne subit aucune contrainte étrangère et le pseudosuicide ou sacrifice, acte dans lequel le sujet obéit à la contrainte de coutumes sociales ou d'un idéal, elle ne se justifie pas biologiquement parce que le mécanisme est le même dans les deux cas.

En effet, tous les individus conscients d'être dans la situation du sacrifice, ne se sacrifient pas plus, que tous les individus acculés au suicide ne se suicident. *Seuls se sacrifient ou se suicident ceux que leur organisation psychophysique met dans la possibilité de le faire.*

Nombreux sont les exemples de cette différence de docilité des individus ayant même niveau intellectuel, même culture, même rang, à l'égard de la contrainte étrangère ou de l'idéal. A côté de la veuve indienne de Brierre de Boismont, qui veut à tout prix monter sur le bûcher de son époux, il y a la veuve africaine, qui échappa à ceux qui voulaient l'y précipiter et qui fonda par la suite un empire saharien. A côté de Socrate qui but la ciguë des juges, il y a Aristote qui la refusa, pour épargner aux Athéniens, dit-il ironiquement, un nouveau crime contre la philosophie. A côté du capitaine qui se laisse couler sur son bateau, il y a celui qui, resté également le dernier à bord, se sauve lui-même à la nage. A côté du colonel de l'affaire Dreyfus, qui s'égorgea à la veille de passer devant un tribunal, il y a l'ancien ministre qui, il y a quelques années, accepta d'y venir, l'air anxieux, confesser sa honte et entendre sa condamnation pour escroquerie. Les invités de Néron, à s'ouvrir les veines, ne furent pas tous obéissants. Les Japonais ne se font pas tous harakiri. Et les plus convaincus chrétiens des premiers siècles ne s'offrirent pas tous au martyre.

C'est faire de la morale ou de la sociologie, que de distinguer

suicide et sacrifice. La biologie n'a pas de critères pour juger la valeur d'un acte. Elle ne sait qu'établir les conditions matérielles de son exécution, conditions sans lesquelles l'acte n'a pas lieu.

Or, la biologie nous apprend que l'acte dépend de deux facteurs : d'abord l'impulsivité, ensuite l'affectivité. C'est l'impulsivité réactionnelle aux états affectifs, plus que l'intensité de ceux-ci, qui permet l'action. Et dans tous les cas, la valeur des états affectifs est inopérante.

Ce n'est pas parce qu'ils sentent de même, c'est parce qu'ils réagissent avec la même intensité à leurs sentiments que l'autodestruction se produit chez certains individus, soit sous l'influence du devoir, soit sous l'influence de l'égoïsme.

Quand il reconnaît que le sentiment d'obligation morale est un sentiment individuel, beaucoup plus fonction des dispositions innées à l'éthique que d'un sentiment collectif, M. Delmas parle en biologiste.

Si sa doctrine était biologique, elle devrait rapprocher sacrifice et suicide, comme ayant même base : l'anxiété.

En effet, puisque dans le sacrifice l'autodestruction est une réaction individuelle, comme elle l'est dans le suicide, elle ne doit être possible qu'à la faveur de l'angoisse. Si l'autodestruction est possible sans angoisse, en vertu de quelle nécessité biologique, les suicides seraient-ils toujours anxieux ?

La distinction du suicide et du sacrifice n'a donc d'autre utilité que de sauvegarder rhétoriquement la doctrine du suicide, réaction toujours pathologique. On appelle sacrifice les cas qui la contredisent à la façon de celui qui, pour sauvegarder sa religion, baptisait carpe, le lapin qu'il voulait manger un vendredi.

II. PSYCHOPHYSIOLOGIE DU SUICIDE

L'autodestruction consciente n'est psychophysiologiquement qu'une réaction lucide à un état affectif conscient, au désir de se détruire. On doit donc considérer, tout d'abord, comment ce désir peut naître, puis comment il peut se réaliser.

ETAT AFFECTIF CONSCIENT : DESIR DE L'AUTO-DESTRUCTION. — L'individu désire vivre quand il a le goût de la vie ; il y consent quand il a peur de la mort. La coexistence de ces deux sentiments, qui sont moins avoués que prouvés par la conduite, est la meilleure garantie contre le suicide. La présence d'un seul l'empêche, si le sujet n'est pas malade. Mais leur double disparition ne suffit pas à le réaliser chez l'homme sain. La

peur de la douleur physique de l'agression n'est pas à retenir, non seulement parce qu'à l'heure actuelle les narcotiques infusent une mort indolore, mais parce que l'appréhension d'une souffrance de quelques secondes a toujours été nulle chez les gens non douillels.

Le goût de la vie. — Il a pour fondement la satisfaction des tendances. Il s'éteint avec les progrès de la vieillesse, sans pourtant faire place au dégoût, permettant au vieillard d'attendre la mort avec sérénité (1).

Il existe naturellement chez les gens incontestablement heureux et qui l'avouent, soupirant avec Montaigne : « Ce n'est pas la mort que je crains ; c'est de mourir. »

Cela paraît moins évident chez ceux qui accumulent misères et chagrins. Mais alors c'est que le sujet ressent la douleur comme un aiguillon ou conserve l'espoir. Pour qui aime la lutte, les coups sont un piment. Il en est qui éprouvent une véritable délectation algésique, qui s'écrient avec Oreste : « Oui, je te loue ô ciel, de me persécuter ! » et qui exultent avec lui « d'être du malheur le modèle accompli ».

L'espoir en un avenir terrestre meilleur, ou en une récompense céleste des épreuves subies ici-bas, peut-être plus répandu que l'amour de la lutte, produit le même effet.

En somme, tant que l'individu constate, espère ou imagine, — car l'illusion vaut la réalité, — la satisfaction de ses désirs, il reste attaché à la vie. Il s'en détache progressivement par la perte de cette illusion, ou de cette espérance, et par la constatation du contraire. Si petite que soit l'attache restante, il a beau vanter le néant, il imite Pline le Jeune qui écrivit : « Nihil melius esse tempestiva morte » et attendit paisiblement, sous les cajoleries de sa femme Calpurnie, qu'une mort opportune vînt le saisir.

Le dégoût de la vie a pour fondement, soit l'impossibilité absolue de la satisfaction de toutes les tendances, ce qui est rare ; soit l'impossibilité de satisfaire certaines tendances primordiales dont la satisfaction préalable est nécessaire pour que l'actualisation des autres amène un sentiment de jouissance, ce qui est plus fréquent.

Il est exceptionnel que les circonstances extérieures ruinent toute possibilité de satisfaction. L'homme normal est par définition adaptable. Désolé comme père ou amant, il se consolera comme savant. Déchu des honneurs et de la richesse, il décou-

(1) COURBON. — Psychologie de la vieillesse. *Journal de Psychologie*, 1927.

vrira les joies de la vie humble. Il y a des grâces d'état, disent les personnes pieuses. Il y a adaptation aux changements de situation, dirons-nous plus prosaïquement.

Mais la capacité d'adaptation a ses limites. Bien que les événements producteurs de la catastrophe sentimentale aient mis à sa disposition plus de moyens pour la continuation de ses recherches, celles-ci n'auront plus d'attrait pour tel savant devenu veuf. Une paraplégie qui le condamne à l'immobilité, enlève toute joie familiale à tel milliardaire que femme, enfants, serviteurs ne demandent pourtant qu'à entourer des soins les plus parfaits.

Tendances primordiales et tendances secondaires varient d'un individu à l'autre, suivant sa constitution. Chez l'un, c'est l'affectivité morale qui domine ; chez l'autre, l'affectivité esthétique ; chez un troisième, l'affectivité égoïste, etc... L'un perd le goût de la vie parce qu'il est déshonoré ; l'autre parce qu'il ne peut pas réaliser son idéal ; le troisième parce qu'il n'a plus son bien-être matériel, etc.

Si le dégoût de la vie coexiste avec la peur de la mort, le sujet malgré lui acceptera de vivre. Il aura tout au plus des idées de suicide, mais sûrement pas des envies de suicide. Celles-ci, pour éclore, exigent la coexistence du dégoût de la vie et de l'impavidité devant la mort.

La peur de la mort. — Elle a pour fondement la foi aux dangers posthumes. Le sentiment de l'homme à l'égard de la mort dépend de l'idée qu'il se fait d'elle. Et cette idée n'est pour l'immense majorité des gens que la représentation collective de leur groupe social.

Tandis que goût ou dégoût de la vie sont une donnée immédiate de l'expérience personnelle, la peur ou l'impavidité devant la mort sont une donnée de la foi collective, personne n'étant revenu d'outre-tombe pour exposer ses constatations. « L'homme est le seul être qui sache, dit Bergson, qu'il doit mourir. » Ce savoir, il l'acquerrait tout seul de son observation sur les autres ; mais l'observation de l'humanité entière n'a pas encore diminué son ignorance de ce qui l'attend après la mort. Ce qu'elle en croit n'est que suppositions, qui ne sont pas les mêmes dans tous les temps ni dans tous les lieux.

Dans notre civilisation occidentale, l'idée de la mort apporte avec elle de l'inquiétude, sinon de l'angoisse, chez la plupart des contemporains, même parmi ceux qui se sont affranchis de la contrainte religieuse. C'est en grande partie la conséquence de près de dix-huit siècles de foi chrétienne, avec les dogmes de l'immortalité de l'âme et du péché originel légitimant le cour-

roux de Dieu ; avec les descriptions terrifiantes de l'enfer, l'histoire féroce des excommunications et des hérésies, les effrayantes controverses sur la grâce et la prédestination ; avec enfin cette lamentable conception de la vie, uniquement donnée à l'homme pour se préparer à la mort.

Dans les civilisations où l'adoucissement des mœurs ne garantit pas la même sécurité des personnes, la lutte constante contre la mort violente ne permet guère de méditer sur elle. Partout où l'on croit que l'être entier périt avec son corps, partout également où l'on croit que l'avenir réservé à l'âme n'est pas hérissé d'écueils, l'idée de la mort laisse l'individu impavide.

Le primitif n'a pas plus peur de l'autre monde que de celui-ci, puisqu'ils ne forment pour lui « qu'une seule et même réalité à la fois représentée, sentie et vécue ». (Lévy-Brühl). Le sociologue Wisse a consacré récemment un ouvrage au suicide et à la crainte de la mort chez les demi-civilisés. Van Genepp approuvant ses conclusions, fait remarquer que la crainte de la mort progresse avec la civilisation parce que la vie devient productrice de plus de biens. C'est dire que le goût de la vie augmente à mesure qu'on se civilise. Le tirailleur sénégalais, qui souvent n'est qu'à peine débarbarisé, n'a pas plus peur de se donner la mort que de la donner à autrui (1).

Les Parthes, raconte Hérodote, se réjouissaient solennellement aux décès et se lamentaient aux naissances.

Ni les Grecs, ni les Romains n'appréhendaient la mort, qu'ils étaient plus habitués à braver qu'à analyser, le meurtre étant autorisé en maintes circonstances, et le droit étant accordé au père romain d'infliger la peine capitale, dans sa famille. Aussi les efforts de quelques philosophes pour répandre la foi en l'immortalité de l'âme et en la punition des méchants dans le Tartare laissaient-ils la foule indifférente. « Ecoutez un discours instructif que vous prendrez pour une fable, pour un mensonge et qui est pourtant de l'histoire... » fait dire Platon à Socrate au début de son exposé de l'expiation des crimes. Bien avant Périclès et bien après Néron, la mort fut, selon la parole de Sénèque, considérée comme une simple loi, non comme un châtiment.

A chaque pas, sur le sol, où fleurit cette merveilleuse civilisation, on trouve encore les preuves de l'impavidité de nos ancêtres devant la mort. Les stèles du Céramique, où sont sculptées des scènes de la vie quotidienne du défunt, dégagent la plus pure

(1) COURBON. — Psychologie du tirailleur sénégalais. *Iconographie de la Salpêtrière*, 1918.

sérénité. « Calme souverain des séparations..., nulle angoisse, aucun abattement..., c'est un fruit qui se détache ou le soleil quand il se couche » note Barrès, que je cite de mémoire.

Deux statues de Couroï, les plus archaïques du Musée de Delphes, représentent Cléobis et Biton, deux frères qui moururent pendant leur sommeil, parce que la déesse, à laquelle leur mère demandait pour eux la plus belle récompense, estima que rien n'était plus désirable que la mort. Dans les triclinia des villas de Pompéï, il n'est pas rare de voir un squelette figurer en mosaïque sur le pavement. C'était le *larva convivalis* des fêtards, dont la vue exaltait la bonne humeur des convives. L'un d'eux, au Musée de Dioclétien, à Rome, porte l'exergue *γῶτι: σελυτον*.

Quel contraste entre l'apaisement ou l'amusement de ces figures et l'angoisse pathétique des jugements derniers de nos cathédrales du moyen âge, ou le ricanement grimaçant des danses macabres de notre renaissance ! Quelle antinomie des émotions de chaque groupe d'artistes devant les choses funèbres ! Quelle révélation sur l'antagonisme des sentiments de chaque civilisation à l'égard de la mort ! Autant l'on comprend l'horreur que le suicide inspire de nos jours ; autant semble naturel le concours que trouvait auprès de ses parents pour s'exécuter celui qui avait décidé de se suicider, alors que de leur plein gré, au temps de l'empire romain, « les vies illustres, selon l'image de Paul de Saint-Victor, s'éteignirent sur tous les points du monde, comme les mille flambeaux d'une fête qui finit ». L'autodestruction ne paraissait pas en opposition avec l'instinct de conservation qui était alors l'instinct de jouissance ; ni contraire aux lois naturelles, car la mort violente était un événement quotidien ; ni comme une monstruosité, car ce qui était monstrueux c'était de prolonger inutilement la souffrance.

Naturellement, il y eut en plein paganisme des citoyens que l'idée de la mort inquiéta comme il y en eut en plein christianisme qu'elle laissa indifférents. C'est que la pénétration de tout sentiment collectif est fonction de la perméabilité du psychisme à son égard. Et cette perméabilité dépend de la constitution organique. L'aptitude au scepticisme ou à la crédulité est conditionnée par elle. Là comme *partout, la biologie impose ses conditions inéluctables*.

Pour résumer : la peur de la mort varie donc plus d'après les civilisations que d'après les individus. Elle interdit l'envie du suicide à celui qui est dégoûté de la vie. C'est au contraire l'impavidité devant la mort qui, jointe au dégoût de vivre, donne naissance à cette envie.

REACTION A L'ETAT AFFECTIF CONSCIENT : L'ACTE D'AUTO-DESTRUCTION. — Le dégoût de la vie le plus justifié, joint à l'impavidité la plus absolue devant la mort, ne suffisent pas à provoquer l'acte d'auto-destruction. L'individu veut se tuer, mais il ne le fait pas. La volonté de vivre, inconsciente de son organisme, paralyse sa volonté consciente de se détruire. Sous la poussée aveugle et irrésistible que Schopenhauer appelle le vouloir-vivre, il subit le maintien d'une existence abhorrée et n'entre pas dans le néant, pourtant si passionnément souhaité.

Guislain comparait à des anorexiques les malades à idées de suicide. On peut dire en effet, que le dégoût de la vie n'est qu'une anorexie et le désir de la mort qu'un appétit. Or, ni l'anorexie, ni l'appétit, qu'il ne faut pas confondre avec la faim, ne suffisent à engendrer l'action.

C'est le lot de l'immense majorité des résignés qui, sans illusion, sans espoir, sans satisfaction d'aucune sorte, sans la moindre foi en l'immortalité de l'âme, avec un désir sincère de se tuer, restent en vie, appliquant la devise du bûcheron de Lafontaine : « Mieux vaut souffrir que mourir. » Les uns avouent leur résignation avec philosophie, tels les pessimistes de Boudah à Léopardi, par Schopenhauer et Hartmann. D'autres l'avouent avec ironie : « Le malheur, c'est d'être né, mais le remède est pire que le mal. » (Mme du Deffand). « Je suis acquiné à la vie ; j'aurais peine à déménager. » (Balzac). D'autres l'avouent cyniquement comme l'abbé Dubois, que l'on entendit, rapporte Voltaire, crier tout haut : « Tue-toi donc, lâche, mais tu n'oseras. » D'autres la masquent sous de belles phases ou de bons mots : Théognis déclare que ce qui peut arriver de mieux à l'homme c'est de ne pas être, puis il rime des élégies. Héraclite professe que la vie n'est que le titre, mais que l'ouvrage c'est la mort, et il compose des volumes. Swift célèbre dès sa jeunesse l'anniversaire de sa naissance par des lamentations et passe plus d'un demi-siècle en polémiques.

Ceux qui clament leur dégoût de la vie et leur mépris de la mort sans convenir de leur résignation sont des menteurs, comme le rhéteur Hégésias d'Alexandrie, qui mérita l'épithète de Pisis-thanatos, « conseiller de mort », au lieu de gagner celle de « modèle de suicide ». Que manque-t-il donc à tous ces hommes lucides, sincèrement dégoûtés de vie et contempteurs de la mort, qui ne parviennent pas à exécuter leur désir de se supprimer ? Le même élément qui fait défaut aux malades anxieux dont l'angoisse et le délire ne provoquent pas le suicide : la possibilité de réagir avec assez d'intensité aux sollicitations éprouvées.

Tous les anxieux ne cherchent pas à se suicider. Les infirmiers expérimentés savent bien distinguer ceux qui ne courent pas ce risque. MM. Delmas et Blondel sont de trop excellents cliniciens pour contester cette vérité. On leur accordera que les convictions religieuses les plus vives, l'effroi le plus grand du châtiment divin sont impuissants à empêcher le suicide de l'anxieux. En revanche, force leur sera de reconnaître que si tous les anxieux ne se suicident pas, c'est donc que l'anxiété n'est pas la condition indispensable de l'auto-destruction.

Ce n'est pas dans l'intensité, ni dans la nature de l'excitation, accompagnée ou non de représentations conscientes, qu'il faut chercher cette condition, c'est dans l'intensité de la réaction. *La question du suicide est une question de tempérament et non de sensibilité.*

L'agressivité d'un individu, qu'elle soit orientée contre lui-même ou contre autrui, est bien plus le fait de sa façon de réagir, que de sa façon de sentir. On ne saurait trop le répéter. Ainsi que je me suis efforcé de le démontrer pour les états passionnels (1), l'émotivité n'est dangereuse que si elle s'accompagne d'impulsivité. L'hyperémotif inhibé est inoffensif, tandis que l'hypoémotif impulsif est nocif. C'est une vérité parfois méconnue en médecine légale. « Il ne suffit pas d'être anxieux pour se suicider, dit excellemment M. Blondel, il faut disposer d'un minimum de moyens moteurs... Tout suicide est la conséquence d'une anxiété et d'une impulsivité dont la proportion relative peut varier, mais dont la somme produit l'effet. Une anxiété intense peut venir à bout de très fortes inhibitions. Une impulsivité violente peut prendre pour prétexte une anxiété sans profondeur ni fixité. »

C'est donc l'étude du passé des gens qui, avec ou sans lucidité, « se sont pris la vie », comme disent les Allemands, c'est la recherche des antécédents des suicidés et pseudo-suicidés par sacrifice, éthisme ou euthanasie qui nous apporteront la clarté sur le déterminisme de l'auto-destruction. Comment ces individus réagissaient-ils aux adversités ? Comment voulaient-ils ? Comment réalisaient-ils leur volonté ? Ce n'est qu'à l'aide de ces documents que l'on parviendra à identifier le tempérament suicidogène, tempérament dont on aperçoit déjà quelques-uns des éléments.

L'impulsivité, certainement, est à sa base, mais elle y a des

(1) COURBON. — Société Médico-Psychologique. Discussion in *Annales Médico-Psychologiques*, 1927, pp. 288 et 391, sur Crimes et délires passionnels.

caractères spéciaux qui n'excluent pas l'intervention de la réflexion. Elle y est souvent à retardement, à accumulation. Les individus qui se sont donné volontairement la mort, avec toutes les apparences de la raison, n'ont généralement pas été observés par des psychiatres, ni même par des médecins, et dans leur entourage ne se trouvaient pas toujours de bons observateurs. Leurs proches les qualifient de violents, coléreux, impatients, autoritaires, énergiques, courageux, entêtés. « Il ne supportait pas d'être gêné. Il se serait fait tuer plutôt que de céder. Rien ne l'empêchait de faire ce qu'il voulait », dit-on du défunt; et l'on cite de lui l'exemple d'inflexibles réalisations de décisions.

Ce que l'on dit d'eux permet de se les représenter comme des individus dont le mécanisme réactionnel, une fois déclenché, aboutit avec une fatalité implacable à l'atteinte du but, sans qu'aucune opposition instinctive réussisse à l'arrêter.

Que l'anxiété produise ce déclenchement, c'est ce qu'on vérifie constamment en psychiatrie. Que le sentiment de contrainte sociale le produise sans anxiété, c'est ce que de sages observateurs ont pu constater dans de solennelles circonstances, telles que celles de la mort de Socrate et de sacrifices analogues. Que le désir sincère de se détruire, né de toute autre cause et pure de toute alliance anxieuse le produise également, ressort de certains cas comme celui du double suicide du socialiste Lafargue et de sa femme, auquel les journaux donnèrent une publicité qui m'a fourni les détails suivants.

Ils se suicidèrent en même temps, conformément à l'annonce écrite de nombreuses années plus tôt, dans leur testament, le jour où leurs revenus ne leur permirent plus de vivre suivant leurs goûts, et notamment de traiter hebdomadairement leurs amis dans leur propriété de Draveil. Le couple avait fait le bilan de sa fortune, calculé qu'il pourrait pendant tant d'années dépenser la même somme, qu'il avait chance d'être mort avant l'expiration de ce délai et décidé de se tuer, au cas où il se serait trompé.

On pourra ergoter à propos de la femme, née Laura Marx, sous le prétexte que sa sœur, plus âgée, Eléonora, s'était déjà suicidée en 1898, que leur mère, née Jenny de Westphalen était morte d'un cancer en 1881, que la vie orageuse et souvent misérable de leur père, le révolutionnaire Karl Marx, avait fait d'elles des hyperémotives. Le seul fait certain est celui du suicide familial qui ne préjuge pas de la nature pathologique de celui-ci. Et, en tous cas, ces arguments ne valent rien pour le suicide du mari.

M. Delmas, avec une belle érudition, nous a montré la nature pathologique de quelques suicides historiques. Mais ceux dans lesquels il n'a pas trouvé d'angoisse, il a refusé de les prendre en considération, les baptisant sacrifices. Sénèque consolant ses parents, philosophant stoïquement avec ses amis pendant l'hémorragie qui fut lente, essayant de dissuader sa jeune épouse de l'imiter, puis le lui permettant, se faisant enfin étouffer parce qu'un caillot de sang avait tari l'écoulement, ne manifesta ni anxiété, ni émotion. Pétrone en manifesta encore bien moins, lui auquel Néron alors en voyage, n'avait pas donné l'ordre de mourir, mais avait simplement ordonné d'attendre son retour dans sa villa. Par élégance suprême et pour ôter à l'empereur la satisfaction d'apprendre qu'il s'était suicidé, il donna à sa mort une apparence naturelle. Il morcela les saignées pour s'affaiblir progressivement. Il affranchit certains esclaves, en punit d'autres, brisa le sceau avec lequel il avait cacheté une lettre d'insolence à l'adresse du tyran afin qu'on ne pût se servir de ce sceau pour compromettre des tiers, dîna, chanta, fit l'orgie en épicurien, avec des courtisanes et les compagnons habituels de ses plaisirs.

Que la décision consciente de se détruire puisse vaincre la résistance instinctive de persister, est exceptionnel sans doute. Mais cette victoire ne saurait être considérée comme pathologique, quand on ne constate aucune autre anomalie dans cette victoire, ni aucune anomalie qui lui soit contemporaine. Qu'aurait-il de pathologique, le suicide, quand les circonstances sont telles qu'elles rendaient souhaitable aux yeux des spectateurs la disparition du suicidé ? On ne taxe pas d'invalidité mentale le cancéreux qui cherche l'euthanasie, bien que le seuil de sensibilité physique ne soit pas le même chez tout le monde. De quel droit taxer d'invalidité mentale celui qui fuit une dysbiosie réelle ?

Il est des suicides dont, pour employer l'expression de M. Georges Dumas (1), « les raisons sont très défendables ». En dehors de ceux qu'il a professionnellement connus comme aliéniste, il en a observé quatre qui avaient été « réfléchis, préparés, exécutés en pleine lucidité » et dont les auteurs lui paraissent avoir été « exempts de tous troubles psychopathiques et n'avoir pas agi sous l'influence d'une cause pathologique ». M. Laignel-Lavastine (2), lui aussi, décrit à côté des suicides pathologiques, le suicide vulgaire : « celui qui a lieu après mûre réflexion, pour des motifs valables et parfaitement raisonnés ».

(1) GEORGES DUMAS. — Analyse du livre de de Fleury sur l'angoisse humaine, in *Journal de Psychologie*, 1926.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pratique psychiatrique*, de Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas, p. 678.

La raison du suicide est valable, quand l'intensité de l'état affectif est proportionnée à l'importance de la représentation intellectuelle à laquelle cet état affectif est lié. Le *propter vitam vivendi perdere causas* doit être interprété. Il fallait que Vatel fût fou de se suicider parce que la marée arrivait en retard, car c'est absurde pour un cuisinier de prendre la responsabilité de l'horaire d'un convoi. Est-ce l'être que de se tuer pour éviter le déshonneur, le gâtisme ou la misère ?

En somme, tout suicide est la conséquence d'une impulsivité et d'une affectivité. Plus il y a disproportion entre la gravité du résultat de l'impulsivité et la futilité des raisons affectives qui la déclenchèrent, et plus le suicide s'éloigne de l'acte normal pour se rapprocher de l'acte pathologique. Il y a des suicides par dépit, accompagnés parfois d'une émotivité assez grande pour provoquer l'internement. J'en ai observé plusieurs cas (1). Mais il en est d'autres où cette émotivité fut sans profondeur, ni fixité.

Il est d'autre part des impulsifs que le simple défi entraînerait dans certaines circonstances où leur vanité est en jeu, à se donner la mort. Leur crier : « chiche » serait déclencher l'acte.

La réaction auto-destructrice n'est donc pas pathologique par elle-même. On la rencontre dans une foule d'états qui vont de la folie la plus évidente à la validité mentale la plus difficilement contestable en passant par l'ennui qu'a bien décrit Le Savoureux (2). Dans une étude sur ces différents caractères au cours de ces différents états, le cas du fameux Peregrinos, dont Lucien conte le suicide théâtral après convocation adressée au public, mériterait quelque considération.

En résumé : puisque la réaction d'auto-destruction n'est pas générale, et est, au contraire, exceptionnelle chez les individus placés dans les mêmes circonstances, on ne peut pas dire que le suicide soit un acte normal. Mais puisqu'elle peut se produire sans la précession ni la concomitance d'aucun trouble mental, on ne peut pas dire que le suicide soit toujours de nature pathologique. C'est un acte anormal.

Faire du mot anormal un synonyme de morbide, c'est confondre un caractère avec un symptôme. A propos du suicide, comme à propos du mysticisme (3), comme à propos de la délinquance (4),

(1) COURBON et MAGNAND. — Tentative de suicide par dépit. *Société Clinique de Médecine mentale*, mars 1927. — COURBON : Pseudo-suicide par dépit. *Annales Médico-Psychologiques*, juin 1931.

(2) LE SAVOUREUX. — Le Spleen, *Th. Paris*, 1913.

(3) COURBON. — Pensée mystique et pensée morbide. *Journal de Psychologie*, 1927. Saint François d'Assise et la psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1927.

(4) CHARON et COURBON. — Anormalité et responsabilité. *Encéphale*, 1913.

ainsi qu'on s'est efforcé de le démontrer, comme à propos de toute conduite qui n'est pas conforme à celle de la majorité des individus, il faut, entre la catégorie du normal et celle du pathologique, admettre la catégorie de l'anormal.

Conclusions. — Le suicide, réaction de défense contre un état affectif pénible, exige pour condition *sine qua non* une impulsivité agressive, véritable tempérament suicidogène, qui dépend de la constitution biologique du sujet.

Les éléments conscients de l'état affectif qui déclenchent cette réaction sont : le dégoût de la vie, fonction de l'entrave apportée par les circonstances à la satisfaction des tendances primordiales de l'individu, et l'impavidité de la mort, fonction de la représentation que celui-ci se fait de la mort.

La primauté des tendances ne vient pas de la nature de leur objet : morale, ou altruiste, ou égoïste, etc., mais de la constitution biologique du sujet qui le rend plus sensible aux sollicitations morales, ou altruistes, ou égoïstes, etc. Il n'y a donc biologiquement aucune différence de mécanisme entre suicide et pseudo-suicide par éthisme ou sacrifice, etc.

L'état affectif qui déclenche cette réaction s'accompagne souvent d'anxiété. L'angoisse physique alors ajoute son aiguillon obscur aux impératifs conscients de l'état affectif. C'est le cas des sujets à constitution hyperémotive et à constitution cyclothymique. Mais alors le suicide n'est pas la conséquence d'un choix lucide, car l'irrésolution, le doute, l'incertitude qui sont l'essence même de l'anxiété, interdisent à l'anxieux la faculté de choisir. Le suicide est une réaction pathologique.

L'état affectif qui déclenche cette réaction ne s'accompagne quelquefois d'aucun signe d'anxiété, ni d'aucun trouble mental. Le suicide est alors la conséquence d'un choix lucide. Mais ce choix n'étant pas celui que font la majorité des gens en pareilles circonstances, le suicide est une réaction anormale, mais non pathologique.

Le facteur social n'est pour rien dans le déterminisme du suicide pathologique. Il peut être pour beaucoup dans celui du suicide non pathologique : d'abord par l'entrave que la société peut apporter aux tendances ; ensuite par la représentation collective de la mort qu'elle impose. Il peut même, chez certains individus, développer l'émotivité jusqu'à l'anxiété.

Entre suicide pathologique et suicide non pathologique, il y a toutes les gradations.

A PROPOS DE QUELQUES CAS D'ANXIÉTÉ GUÉRIS OU AMÉLIORÉS PAR LA VAGOTONINE

PAR

M. DESRUELLES, P. LÉCULIER, M^{me} GARDIEN-JCIRD'HEUIL
et P. GARDIEN

Dans notre communication à la Société Médico-Psychologique, le 23 octobre 1933 (1), nous avons cité les observations de trois malades anxieuses dont l'état mental s'était amélioré sous l'influence de la vagotonine. Nous apportons aujourd'hui à la Société le résultat des essais thérapeutiques poursuivis dans ce sens.

Nos malades ont reçu des séries d'injections sous-cutanées, quotidiennes, de 20 mmgr. de vagotonine. Nous avons traité 14 malades à l'Asile de Saint-Ylie, en observant les résultats cliniques et en contrôlant l'état du système neuro-végétatif, avant et pendant le traitement. Ce contrôle a été effectué en tenant compte des précautions recommandées par D. Santenoise et P. Abély (2), les moyens d'examen choisis étant : le réflexe oculo-cardiaque pour le système para-sympathique et le réflexe solaire pour le système ortho-sympathique. Ces réflexes ont été enregistrés par la méthode graphique, méthode précise qui permet une comparaison rigoureuse des résultats obtenus et diminue notablement le coefficient personnel d'appréciation, source d'erreurs. Au point de vue technique, signalons seulement que, dans la recherche du réflexe oculo-cardiaque, la compression oculaire a toujours été exercée à la main, cette méthode nous paraissant préférable ; d'autre part, dans la recherche du solaire, la compression épigastrique a été effectuée progressivement, de haut en bas, en tirant légèrement sur le mésentère, et en veillant à ce que le malade respire normalement.

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1933, II, p. 371.

(2) « Recherches sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux. » *Ann. Méd.-Psych.*, 1923, I, p. 365.

Le traitement a été, dans presque tous les cas, précédé d'une épreuve-test : enregistrement du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, avant et après injection de 20 mmgr. de vagotonine (les réflexes ont été recherchés à deux reprises, dans les trois heures qui ont suivi l'injection, le plus souvent, une heure et demie et trois heures après).

Avant de rapporter nos observations, nous devons encore insister sur ce fait, si important en pratique, que nous n'avons jamais eu d'incidents, aux doses indiquées, au cours de ces traitements. On ne peut, en effet, considérer comme tels les sueurs profuses présentées par deux malades (obs. n° 1 et n° 3). D'autre part, si la malade de l'observation 3, après avoir bien supporté 18 injections de 20 mmgr., a présenté quelques malaises, c'est qu'à ce moment, on avait doublé la dose quotidienne, lui injectant ainsi 40 mmgr. de vagotonine.

Au sujet des résultats cliniques obtenus, le rapport entre le traitement et l'amélioration de l'état mental fut si net qu'il est inutile de faire des réserves et d'envisager la possibilité de coïncidences ; cependant une exception doit être faite pour Mme B. (obs. VIII), atteinte de psychose périodique. Chez elle, une amélioration spontanée, indépendante de la médication, expliquerait peut-être les particularités observées dans l'état de son système neuro-végétatif ; nous les exposons dans les commentaires.

Obs. n° 1. — Léger S., 22 ans ; entré le 20 septembre 1933.

Malade interné pendant son service militaire et pour la première fois. Rien dans les antécédents.

A l'entrée, il présente un état de dépression mélancolique avec grande anxiété, frayeurs morbides et peut-être des hallucinations auditives ; il répète sur un ton angoissé : « Pauvre malheureux... on a voulu me tuer... où c'est qu'on me fusille, au val d'Ahon ? ». Il fait en outre des interprétations délirantes : le bruit d'un robinet qu'on ouvre lui fait dire : « Assez, l'appareil marche ; c'est bientôt qu'on me tue ? » De même, voyant un infirmier préparer un médicament, il le soupçonne de « préparer la tisane ». Lorsqu'on prend son observation, il dit, la désignant et larmoyant : c'est pour me condamner, c'est pour le Jury... mais je n'ai pas fait de mal », et il répète ensuite cette dernière phrase, environ vingt fois sans s'interrompre. Pas d'autres idées délirantes ; le malade, un peu débile, ne présente pas d'affaiblissement intellectuel.

Les jours suivants, il est en proie à une agitation anxieuse si vive, qu'on est obligé de le camisolier ; il pousse des cris et dort peu. Cet état persiste, avec plus ou moins d'intensité, jusqu'au début de janvier 1934 ; à ce moment survient une légère amélioration ; il crie moins souvent, mais on doit toujours le maintenir camisolé, car il est très désordonné. Mutisme intermittent.

Le 8 janvier, on commence un traitement par la Vagotonine (voir tableau). Ce jour-là, en particulier il se montre tel que nous venons de le décrire, avec une attitude anxieuse et du désordre des actes subordonné à son anxiété (il veut fuir et cherche à se lever). Il tremble quand on prend ses réflexes et regarde le polygraphe avec une expression terrifiée. Après la première injection de vagotonine, cet état dis-

Tableau correspondant à l'observation N° I

DATES	VAGOTONINE	RÉFLEXE SOLAIRE			RÉFLEXE OCULO CARDIAQUE				
		Avant vagotonine	3 h.	3 h. 15	3 h. 30	Avant vagotonine	3 h.	3 h. 15	3 h. 30
			Après vagotonine				Après vagotonine		
8 janv. 1934	20 mmg.								
9 —	»			+			0		
10 —	»								
11 —	»				+			0	
12 —	»								
13 —	»								
14 —	»								
15 —	»	+				0			
16 —	»	+				0			
17 —	»	nul				0			
18 —	»								
19 —	»								
20 —	»								
21 —	»								
22 —	»	nul			impossible à enregistrer				
Fin du traitement									

paraît ; on peut enlever la camisole, le malade étant devenu très calme. Mais le mutisme persiste et c'est seulement le 19 janvier qu'il répond pour la première fois depuis plusieurs mois aux questions posées.

Le 20 janvier, légère anxiété, mais sans agitation, ce qui permet de ne pas user des moyens de contention habituels. Il est à noter que, le matin de ce jour, le malade a changé de salle et d'étage (1).

Quelques jours après le début du traitement, il commence à présenter une sudation intense.

Jusqu'au 20 février, il reste à peu près calme, toujours alité, sans camisole, mais il entre progressivement dans un état de confusion : son attention faiblit, il répond à côté des questions posées, rit sans

(1) Pour cause de réparations dans le service. Nous donnons cette précision pour indiquer que le malade n'a pas changé de milieu.

motif apparent. A partir du 20 février, il est de nouveau désordonné et camisolé. Le 2 février, on tente de recommencer un traitement par la vagotonine, mais il est impossible de lui faire quoi que ce soit. Il se défend, mord, crache ; d'autre part, il semble de plus en plus confus, indifférent, et le diagnostic s'oriente vers celui de démence précoce ; on renonce au traitement.

Le 13 avril, crise d'agitation sans anxiété, cette fois. Refus d'aliments. Le 14, une injection de vagotonine à 20 mmg. calme rapidement notre malade pour 48 heures. Il redevient ensuite désordonné. Le 12 mai, on essaie de calmer encore un accès d'agitation par la vagotonine, échec complet.

Actuellement, notre malade se présente comme un hébéphrénique : incohérence, discordance, rires sans motifs, indifférence ; excitation intermittente, désordre des actes. Bon état général, bon sommeil ; pas d'hallucinations, ni d'idées délirantes.

EN RÉSUMÉ : il s'agit d'un malade probablement atteint de démence précoce et qui est arrivé à son état actuel par la voie de la mélancolie anxieuse ; chez lui la vagotonine, à deux reprises, a fait céder rapidement l'anxiété. L'excitabilité sympathique, marquée au début du traitement, a disparu après 12 injections. Le réflexe oculo cardiaque, nul au début, n'a pas été modifié par la vagotonine.

Obs. n° II. — Mme L..., 64 ans, entrée le 10 mars 1917.

Cette malade présente un délire systématisé de persécution et de grandeur. Son état mental était stationnaire depuis plusieurs années.

En mars 1933, la malade, habituellement irritable, se montre déprimée et mélancolique ; elle se plaint d'insomnies. Le 18 mai, elle avoue des hallucinations auditives qu'elle avait depuis un certain temps, mais qu'elle dissimulait « de crainte qu'on ne la croie folle » ; mais la nuit précédente, les hallucinations ont eu un caractère si pénible et terrifiant, qu'elle n'a pu s'empêcher de se lever et d'appeler au secours. A partir de ce moment, elle croit à ses voix : « Tu vas mourir, ton fils se désintéresse de toi », ce qui provoque chez elle une vive anxiété. Les moindres bruits l'effraient ; elle pleure sans cesse, cherche constamment à fuir ; il faut l'aliter et la maintenir au lit par un bracelet.

En juin 1933, on constate une hypertension notable, qu'on cherche à réduire par l'Angioxyl, sans y parvenir.

En juillet 1933, on tente un traitement par l'hémédonine ; aucun résultat. L'anxiété demeure très vive, parfois avec agitation. La malade entend dire qu'on va « la faire frire à l'huile », elle essaie de s'assommer en se jetant à terre, et on doit la maintenir plus strictement au lit.

Le 31 juillet, elle subit une épreuve-test à la vagotonine. La pression artérielle, de 23-11 qu'elle était avant l'injection de vagotonine, tombe à 14 1/2-9, 24 heures après ; une heure après l'injection,

l'anxiété diminue indiscutablement. La nuit suivante, la malade retrouve le sommeil qu'elle avait perdu depuis longtemps ; les jours qui suivent, elle est calme. Sept jours après, la pression artérielle est encore notablement abaissée : 17-10 1/2. L'amélioration de l'état mental ne persiste pas.

Le 29 septembre, on commence un traitement. Elle reçoit une dose quotidienne de 20 mmgr. de vagotonine pendant huit jours. Le réflexe solaire, positif avant, diminue nettement à partir de la troisième injection et reste très diminué jusqu'à la fin du traitement. Le réflexe oculo cardiaque n'a pas été enregistré. Au point de vue mental, on note les mêmes résultats qu'avec l'épreuve-test, mais plus nets. Elle est calme, dort et s'alimente mieux, ne pleure plus. Son état général s'améliore rapidement. Elle quitte bientôt le service d'observation continue.

En décembre, elle se lève et s'occupe comme avant son accès d'anxiété, elle entend encore des menaces, mais elle n'en a plus peur, dit-elle.

En mai 1934, on constate un léger affaiblissement intellectuel qui n'existait pas avant la crise de dépression.

EN RÉSUMÉ : il s'agit d'une malade atteinte de délire chronique chez laquelle la vagotonine a guéri un accès d'anxiété sans modifier en rien les idées délirantes. Parallèlement, l'excitabilité sympathique s'est montrée diminuée.

OBS. n° III. — Mlle Andrée S..., 47 ans, entrée le 21 novembre 1933.

Entrée quelques jours après avoir fait deux tentatives de suicide. Aucun antécédent mental personnel ni héréditaire. A l'entrée, elle est physiquement très affaiblie, pâle et maigre. Très anxieuse, elle regarde autour d'elle, effrayée, les yeux dilatés par l'angoisse : « La guillotine est derrière la porte, je l'entends ! » Elle pleure et explique que pour échapper à une fin horrible, elle a tenté à deux reprises de se donner la mort, la première fois par une balle de revolver sous le sein gauche, la deuxième fois, en se donnant un coup de rasoir au poignet.

Des hallucinations terrifiantes continuent à lui dire qu'elle va passer aux assises et être guillotinée. Elle accuse ses voisins de lui crier tout cela et d'être la cause de ses tentatives de suicide et de son internement.

Elle fait aussi de nombreuses interprétations, en particulier au sujet de ses hallucinations : elle a entendu dire : « A 1 heure du matin, couic ! », cela veut dire qu'à 1 heure du matin on lui coupera la tête.

Elle présente tous les signes physiques de l'anxiété avec légère excitation. Son pouls est rapide, 120 pulsations à la minute ; ses réflexes tendineux sont vifs et exagérés. Elle n'a pas eu ses règles depuis le 22 septembre. Elle est habituellement constipée. L'examen ne révèle aucune affection organique.

Cet état persiste les jours suivants, avec insomnie, légère agitation anxieuse la nuit, et anorexie.

On prescrit dès l'entrée le sulfate de soude associé au sulfate de magnésie. Après 2 épreuves-tests à la vagotonine, on commence le traitement le 28 novembre (voir tableau).

Traitement. — Dès le 30 novembre, elle cesse de paraître anxieuse.

1^{er} décembre : Elle dit : qu'elle n'entend plus la guillotine, qu'elle n'a plus peur et qu'elle se sent beaucoup mieux. Elle est calme.

3 décembre : Elle se sent tout à fait bien, a retrouvé le sommeil qu'elle avait perdu depuis plusieurs mois, demande à se lever et à travailler.

6 décembre : L'état général depuis quelques jours s'améliore nettement et rapidement, l'appétit est revenu, la malade prend du poids.

On peut remarquer en consultant le tableau, que cette amélioration coïncide avec la disparition du réflexe solaire, fortement positif avant le traitement.

15 décembre : Euphorie, la malade rit très souvent, sans motif croit-on. Elle est réticente quand on l'interroge à ce sujet.

18 décembre : Ecchymoses au niveau des jambes, elles s'arrêtent à la partie moyenne des cuisses, plus bas que l'endroit où l'on fait habituellement les piqûres ; elles sont indolores, on en ignore la cause.

19 décembre : Voyant que le réflexe oculo cardiaque n'est pas devenu positif et que la malade supporte bien le traitement, on double les doses de vagotonine ; les 40 mmgr. de vagotonine sont injectés en une seule fois le matin.

Le réflexe oculo cardiaque reste nul, et cependant les symptômes d'excitation vagale apparaissent : sueurs abondantes, pâleur, sensations de fatigue, d'abattement, somnolence.

20 décembre : Elle avoue des hallucinations comiques qui causent, dit-elle, son hilarité.

21 décembre : Légère agitation, sans anxiété. 2 heures de bain la calment.

22 décembre : 2 heures après l'injection de 40 mmgr. de vagotonine, avant qu'on n'ait pris les réflexes, la malade accuse un malaise intense et perd connaissance pendant un instant, mais il n'y a pas de syncope véritable.

Le lendemain, on reprend la dose primitive de 20 mmgr. de vagotonine, mais les malaises persistent, et on cesse le traitement.

Il est à noter qu'à partir du 19 décembre, on nous signale *l'appétit extraordinaire de la malade*, qui tout en s'alimentant plus que normalement, se plaint de ce que les infirmières la laissent mourir de faim.

Le traitement terminé, la guérison de l'anxiété persiste, mais la malade a toujours ses hallucinations amusantes qui la font rire fréquemment en se cachant à demi le visage sous son drap.

2 janvier 1934 : Les règles qui avaient cessé depuis le 22 septembre 1933, réapparaissent, mais très peu abondantes.

15 janvier : Depuis quelques jours, la malade rit beaucoup moins,

elle se lève l'après-midi, cherche à s'occuper. Elle passe au Pensionnat.

20 janvier 1934 : La malade dit ne plus rien entendre depuis près d'un mois.

30 janvier 1934 : Calme, souriante, elle persiste à croire à la réalité des hallucinations qui ont motivé ses tentatives de suicide. Elle dit, faisant allusion aux voisins qui la menaçaient de la faire guillotiner et qu'elle rend responsables de tout ce qui lui est arrivé : « Quand je serai sortie, je me ferai justice moi-même ; il faut qu'ils soient punis. » Elle va très bien physiquement, mais rit toujours sans motif apparent.

14 février : Règles normales.

1^{er} mars : Très gentille, se lève toute la journée, joue du piano.

5 mars : Très léger accès d'anxiété, accompagné d'un petit malaise. Elle pleure, disant qu'elle a de nouveau peur de la guillotine, mais cela dure à peine quelques heures.

Depuis ce jour, elle n'est plus anxieuse ; elle est au contraire, tour à tour euphorique, exigeante, capricieuse, irritable ; elle insulte parfois grossièrement son entourage, alors qu'elle a toujours fait preuve d'une bonne éducation. Elle a des idées délirantes d'empoisonnement et le diagnostic actuel est celui de psychose hallucinatoire en voie de systématisation.

EN RÉSUMÉ : chez cette malade atteinte de délire systématisé avec hallucinations, le traitement a fait cesser l'anxiété et a entraîné une amélioration nette de l'état général. Parallèlement, l'excitabilité sympathique s'est annulée, mais l'excitabilité-para-sympathique, nulle avant, n'a pas été modifiée.

OBS. n° IV. — Marie G..., femme F..., 45 ans, entrée le 17 octobre 1932.

La malade est internée pour la première fois ; rien à signaler dans les antécédents personnels ou héréditaires.

A l'entrée, elle présente un délire des négations tout à fait typique dans lequel sont englobés ses parents et ses enfants : « ils sont tous aussi malades qu'elle et ne peuvent guérir, dit-elle, parce qu'ils n'ont ni estomac, ni intestins, ni aucun viscère ». Cet état se complique d'anxiété plus ou moins vive. Elle pleure constamment, dort très peu, s'alimente à peine : « Si je mange, je vais étouffer et mourir cette nuit loin de ma famille. » Constipation habituelle et opiniâtre. Elle est dans un état de maigreur accentuée, mais ne présente aucune atteinte organique, à part une mauvaise dentition. Elle n'est plus réglée depuis juin 1931. Le certificat immédiat est le suivant : « Mélancolie avec anxiété, préoccupations hypocondriaques et idées de négation. » Cet état reste stationnaire pendant des mois, au cours desquels la malade présente des accès d'anxiété très vive avec agitation.

En décembre 1932, l'auto-hémothérapie semble améliorer légèrement son état mental, et elle se porte mieux physiquement, en particulier, elle s'alimente mieux, mais elle reste anxieuse, à tel point qu'elle fait en mars, avril, mai et juin 1933, 4 tentatives de suicide : elle essaie de se noyer dans son bain, de s'étrangler avec sa serviette de toilette.

Le 4 mai 1933, les règles, disparues depuis deux ans, reviennent, normales.

Le 1^{er} juin 1933, on essaie de reprendre l'auto-hémothérapie, mais après chaque injection, la malade fait une crise d'agitation anxieuse si violente qu'on doit cesser ce traitement : elle essaie de s'assommer en se frappant la tête contre les barrières de son lit qu'on est obligé de capitonner.

Le 31 juillet 1933, elle est dans cet état quand on lui fait subir une épreuve-test à la vagotonine ; elle s'y refuse d'abord énergiquement et on a de grandes difficultés à prendre sa tension ; on doit la maintenir pour faire l'injection de vagotonine. Dans les premières heures qui suivent, elle se calme, et laisse ensuite volontiers prendre sa tension. Le test est positif ; la tension qui était à 15-10 avant la vagotonine diminue progressivement jusqu'à 11 1/2-8 les jours suivants. Elle se plaint cependant d'une violente céphalée le soir du 31 juillet, mais il est prudent de ne pas s'y arrêter, car il en est souvent ainsi lorsqu'on administre un médicament à cette malade. Le lendemain elle est calme, et bientôt, le 22 août, elle se lève toute la journée, travaille au ménage, va au repassage, mais elle garde ses idées de négation et il lui arrive encore de pleurer de temps en temps, quand elle reçoit une lettre des siens. Pendant cette période d'amélioration mentale, elle s'alimente bien, dort parfaitement et prend rapidement du poids.

Au bout d'un mois environ, petit à petit, elle reprend son attitude anxieuse et le 11 septembre 1933, on doit de nouveau l'aliter : pleurs, insomnies, légère agitation.

Le 15 septembre, on entreprend un traitement par la vagotonine (cf. tableau), au cours duquel on observe une amélioration analogue à celle qui s'était produite lors du test-tension, et, parallèlement, une modification du réflexe solaire qui, positif au début, diminue pour disparaître complètement à la fin du traitement. Nous n'avons pas pris le réflexe oculo cardiaque.

La malade conserve ses idées délirantes, mais n'en parle plus spontanément. Elle est très gentille, bonne pour ses compagnes qu'elle réconforte et encourage, alors que dans ses périodes d'anxiété, elle prédit à toutes une fin plus ou moins horrible. Elle travaille volontiers, aide les infirmières. Elle est réglée régulièrement.

Cette guérison de son anxiété dure plusieurs mois, et brusquement, le 7 janvier 1934, une rechute se produit. Nouveau traitement dès le lendemain (cf. tableau) ; nouvelle amélioration, mais on ne note pas cette fois de modification du réflexe solaire, analogue à celle qui a été

Tableau correspondant à l'observation n° IV

DATES	VAGOTONINE	RÉFLEXE SOLAIRE					RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE				
		Avant vagotonine	2 h. 1/2	3 h.	3 h. 1/2	4 h.	Avant vagotonine	2 h. 1/2	3 h.	3 h. 1/2	4 h.
15 Sept. 1933.....	20 mmg.										
16	—	+									
17	—										
18	—										
19	—										
20	—										
21	—										
22	—										
23 Sept. 1933.....	Fin du traitement										
24											
25											
5 Oct. 1934.....											
7 Janv. 1934.....	rechute										
8	20 mmg.			nul					0		
9	—			faib. +					0		
10	—								0		
11	—										
12	—										
13	—										
14	—										
15	—										
16	—										
17	—										
18	—										
19	—										
20	—										
21	0										
22	20 mmg.									0	
23	—										
24	—										
25	—										
26	—										
27	—										
Fin du traitement											

observée lors du premier traitement. Les règles, qui auraient dû survenir le 31 décembre, apparaissent à la suite de la 1^{re} injection, le 8 janvier.

L'amélioration de l'état mental est moins nette et moins durable puisque la malade fait une rechute qui l'oblige à s'aliter le 21 mars 1934. De nouveau très anxieuse, le 12 mai 1934, elle se montre agressive et refuse de se laisser traiter.

EN RÉSUMÉ : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse ; à trois reprises, la vagotonine a, chez elle, calmé l'anxiété pour un temps plus ou moins long. L'excitabilité sympathique a souvent été diminuée, parfois même annulée. L'excitabilité para-sympathique, nulle avant, ne s'est modifiée en rien avec le traitement.

OBS. n° V. — Mme L..., 56 ans, entrée le 3 juillet 1933.

Hypocondriaque depuis plusieurs années, a déjà fait 2 séjours dans des maisons de Santé. Une de ses sœurs s'est suicidée, une autre est morte dans un asile d'aliénés.

A l'entrée : attitude anxieuse, oméga, pleurs, insomnies ; préoccupations hypocondriaques, lamentations, gémissements, auto-accusations, remords. Pas d'hallucinations.

A l'examen physique : malade maigre, au teint bilieux ; ptoses viscérales : estomac et foie. Tension basse : 10-6 au Vaquez.

Dès l'entrée, traitement par l'hémédonine, sans résultat.

Le 28 juillet, épreuve-test à la vagotonine. La tension s'abaisse légèrement, de 10-7 avant, elle tombe à 8 1/2-6 vingt-quatre heures après.

A partir du 15 septembre (voir tableau), la malade reçoit, pendant dix jours, une dose quotidienne de 20 mmgr. de vagotonine. L'anxiété disparaît, mais les préoccupations hypocondriaques persistent. Amélioration nette de l'état physique. L'appétit revient et la malade prend du poids.

Au cours du traitement, le réflexe solaire diminue, la pression artérielle s'élève cette fois progressivement de 8-5 1/2, avant la première injection, à 10 1/2-7 1/2 après la dernière ; parallèlement, le pouls s'accélère, de 54 à 68 pulsations à la minute.

Le 25 octobre, la malade est toujours mélancolique ; mais non anxieuse. On fait une injection de vagotonine (voir tableau). Cette fois, l'excitabilité sympathique ne diminue pas, et le réflexe oculo cardiaque, nul avant, reste nul après.

Le 27 novembre, la malade est anxieuse, à nouveau, depuis quelques jours. Nouveau traitement (voir tableau). Même action sur le sympathique que lors du premier traitement ; les résultats, au point de vue mental et physique, sont de même ordre, mais moins nets et moins intenses.

Après quelques jours d'interruption, on reprend, le 16 décembre, et bientôt, la malade retourne dans sa famille, améliorée, en ce sens

qu'elle ne se montre que rarement anxieuse, mais elle reste hypocondriaque et délirante.

EN RÉSUMÉ : *Chez cette malade atteinte de mélancolie anxieuse pré-sénile, la vagotonine a amélioré l'état anxieux en même temps qu'elle a diminué l'excitabilité sympathique ; elle n'a pas modifié l'excitabilité para-sympathique qui est restée nulle.*

OBS. n° VI. — Maurice N..., 53 ans, interné le 7 juin 1932.

Le début remonte à un an environ avant l'entrée. Le malade est interné une première fois, de décembre 1931 à avril 1932, à Rouffach, pour mélancolie ; il en sort amélioré, mais une rechute se produit peu de temps après.

A l'entrée : attitude anxieuse ; il se prend la tête à deux mains, accusant une sensation d'angoisse qu'il décrit ainsi : « des douleurs poignantes à la poitrine, qui me montent à la tête... alors il faut que je crie ». Réponses lentes, faites à voix basse. Idées de culpabilité, scrupules, préoccupations hypocondriaques. Fond mental normal ; l'examen physique ne révèle rien de particulier. Les jours suivants : insomnies, agitation anxieuse parfois violente, cris ; on est obligé de lui mettre la camisole.

Au début d'août 1932, il se calme au point de pouvoir se lever et travailler au jardin pendant quelques jours ; mais bientôt, il retombe dans l'état précédemment décrit qui se prolonge jusqu'en janvier 1934 : il est alité, souvent camisolé ; de fréquentes crises d'agitation anxieuse, au cours desquelles il crie, ronge son lit, alternent avec de courtes périodes de calme relatif pendant lesquelles il se montre vaguement inquiet.

Le 8 janvier 1934, début d'un traitement par 15 ampoules de vagotonine à 20 mmgr. à raison d'une ampoule quotidienne. Avant le traitement, le réflexe solaire est positif et le réflexe oculo-cardiaque nul.

Le lendemain de la première injection, l'anxiété disparaît complètement, et on peut enlever la camisole à notre malade devenu calme ; cette amélioration persiste pendant six semaines environ ; vers la fin du traitement, on a noté quelques cris, sans désordre des actes, et cette petite rechute correspond à un changement de salle ; les réflexes neuro-végétatifs n'en sont pas modifiés.

Nous ne donnons pas de tableau pour cette observation, car ici, la vagotonine n'a pas fait varier sensiblement les réflexes neuro-végétatifs. Le réflexe solaire s'est montré légèrement diminué, et le réflexe oculo-cardiaque n'est devenu faiblement positif, qu'après la quinzième injection de vagotonine.

Le 20 février, rechute : anxiété moins intense cependant qu'avant le traitement ; la camisole, cette fois, n'est pas nécessaire. Le 23, réflexe solaire fortement positif, réflexe oculo-cardiaque nul. Le 24, on commence un nouveau traitement identique au premier et dont les

effets sont les mêmes quant à l'état mental (nous n'avons pu enregistrer les réflexes au cours de ce second traitement).

Le 1^{er} juin 1934, le malade est toujours calme. Il est levé, s'occupe à l'intérieur du service, ne crie plus jamais. Ses idées de culpabilité, de damnation, ses préoccupations hypocondriaques ont disparu. Il est conscient de sa situation. Il dort bien, s'alimente régulièrement, va bien physiquement. Il sort de l'asile, guéri, le 22 juin 1934.

EN RÉSUMÉ : il s'agit d'un malade atteint de mélancolie anxieuse, chez lequel la vagotonine a guéri complètement, et à deux reprises, l'anxiété. En outre, le délire a disparu.

Le réflexe solaire fortement positif avant, a diminué légèrement après la vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque, nul avant, s'est montré très faiblement positif après.

OBS. n° VII. — Ernest D..., 49 ans, interné, pour la première fois, le 15 décembre 1931,

présente à l'entrée un état de dépression mélancolique avec frayeurs morbides, idées confuses de persécution et idées délirantes de culpabilité. Fond de débilité mentale.

Le malade a des insomnies, crie pendant la nuit et a probablement des hallucinations auditives.

Le 31 août 1933 : épreuve-test à la vagotonine : la pression artérielle, $Mx = 13,5$ - $Mn = 7,5$, n'est pas modifiée par l'injection de 20 mmgr. de vagotonine.

Le 7 septembre, nouvelle injection de 20 mmgr. de vagotonine. Le réflexe solaire est positif avant l'injection ; il est pris plusieurs fois dans les heures qui suivent, mais l'enregistrement fait dans de mauvaises conditions, n'a pu être interprété.

24 heures après l'injection, le solaire est encore positif ; le réflexe oculo-cardiaque n'a pas été recherché.

L'état mental du malade a déjà subi une amélioration légère depuis l'entrée, mais on note encore le 12 septembre : faciès mélancolique anxieux, avec oméga ; gestes anxieux des mains ; pleurs fréquents ; il n'a plus d'hallucinations auditives depuis 2 mois environ ; il se souvient des hallucinations qu'il avait au début de son séjour à l'asile mais ne se rend pas compte de leur caractère morbide. Il nous dit : « J'avais peur, mais plus maintenant ».

Le 12 septembre, on commence un traitement par 6 injections de vagotonine à 20 mmgr. Ici encore, les graphiques du réflexe solaire sont défectueux et ne permettent pas de conclusions ; le réflexe oculo-cardiaque n'a pas été enregistré. On constate une amélioration nette dans l'état mental du malade, dès la fin du traitement ; il cesse de pleurer, peut se lever, alors qu'il était toujours alité auparavant, et s'occupe régulièrement. Cela dure ainsi 3 semaines, au bout desquelles une rechute se produit.

Le 2 janvier 1934, on note à l'examen : état d'anxiété semblable à

celui qui existait avant le traitement ; pleurs fréquents, préoccupations hypocondriaques.

Un nouveau traitement est commencé le 8 janvier, et entraîne dès les premiers jours, la sédation de l'anxiété ; le malade devient calme, ne se lève plus constamment pour aller à la selle comme il le faisait auparavant ; il ne pleure plus, abandonne ses idées hypocondriaques et écrit à sa famille qu'il se porte bien mieux depuis qu'il reçoit des piqûres. Il recommence, à s'occuper mais pas aussi activement et régulièrement qu'après le premier traitement.

Tableau correspondant à l'observation N° VII

DATES	VAGOTO- NINE	R. S.		R. O. C.	
		3 h.	3 h. 1/2	3 h.	3 h. 1/2
		après vagotonine		après vagotonine	
8 Janv. 1934...	20 mmg.				
9 — ...	—		+		nul
10 — ...	—				
11 — ...	—				
12 — ...	—		faibl. +		très faible
13 — ...	—				
14 — ...	—				
15 — ...	—	nul		nul	
16 — ...	—				
17 — ...	—	nul		très faible	
18 — ...	—				
19 — ...	—	faibl. +		faible	
20 — ...	—				
21 — ...	—				
22 — ...	—	nul		faible	

Après la 13^e injection de vagotonine, il pleure de nouveau ; cette rechute survient le matin où l'on change le malade de salle et d'étage et nous avons d'ailleurs noté le même incident pour les malades dont les observations (n° 1 et 6) précédent, et qui étaient en même temps au même traitement.

Depuis, et encore à l'heure actuelle, le malade est toujours mélancolique, il pleure de temps en temps, mais il n'est plus anxieux ; il est calme, s'occupe un peu, répond volontiers et rapidement, n'a plus d'idées de culpabilité, ni d'hallucinations, ni de préoccupations hypocondriaques.

L'état général est bien meilleur qu'auparavant ; il dort bien et régulièrement.

EN RÉSUMÉ, il s'agit d'un état de mélancolie anxieuse, chez un débile.

La vagotonine a eu pour effet, à deux reprises, de supprimer l'anxiété, et l'état mental reste finalement amélioré.

L'excitabilité sympathique, marquée avant le traitement a diminué, puis disparu après 7 injections de vagotonine.

Par contre, l'excitabilité parasymphatique, nulle avant, s'est légèrement accrue après vagotonine.

OBS. n° VIII. — Mme B. F., 38 ans ; entrée le 8 juillet 1933.

Cette malade a déjà fait plusieurs séjours dans des maisons de santé : en 1925, en 1928, en 1932.

Anxiété vive, avec parfois légère agitation. Obsessions, scrupules, incertitudes, idées de damnation.

Dans le courant de juillet, un traitement par l'hémédonine reste sans action.

Le 30 octobre 1933, épreuve-test à la vagotonine. Le réflexe solaire est négatif avant et après ; le réflexe oculo-cardiaque, légèrement positif avant la vagotonine, s'accroît fortement après.

Le 25 novembre, deuxième épreuve-test. Résultats identiques à ceux de la première.

Le 4 janvier 1934, on commence un traitement par des injections quotidiennes de 20 mmgr. de vagotonine pendant 20 jours. A la fin du traitement, on ne remarque encore aucune amélioration de l'état mental, mais la malade semble se mieux porter physiquement et elle dit mieux dormir. Le réflexe solaire s'est montré négatif au cours du traitement, quant au réflexe oculo-cardiaque, il a nettement augmenté.

Le 1^{er} mai 1934, la malade va mieux depuis quelques jours. Moins anxieuse, elle se lève. Elle dit que, depuis son traitement, son sommeil est resté meilleur. Son poids a augmenté de 2 kgr. 500 depuis le début du traitement.

EN RÉSUMÉ : Chez cette malade atteinte de mélancolie anxieuse (psychose périodique), nous n'avons obtenu qu'une amélioration tardive, et surtout physique. L'excitabilité sympathique, nulle, n'a pas été modifiée. L'excitabilité para-symphatique a été fortement accrue par la vagotonine.

Commentaires

Nous ne voulons pas tirer de ces observations, peu nombreuses, des conclusions prématurées ; cependant, elles présentent des points communs qu'il est intéressant de rapprocher.

1° Chez des anxieux *fortement sympathicotoniques*, la vagotonine a provoqué des améliorations ; seule fait exception la malade (obs. VIII), atteinte de psychose périodique ;

2° L'amélioration clinique a été de pair avec la diminution de l'excitabilité sympathique, objectivée par l'atténuation ou la disparition du réflexe solaire. Ici encore, notre psychose périodique (obs. VIII) fait exception ;

3° L'excitabilité parasympathique, nulle avant le traitement (sauf obs. VIII), n'a la plupart du temps pas été modifiée par la vagotonine ; dans 3 cas au contraire : obs. VI, VII et VIII, la vagotonie s'est accru ;

4° L'amélioration ou la guérison de l'anxiété ont généralement été accompagnées de modifications favorables de l'état général (augmentation du poids et de l'appétit). Le sommeil est devenu meilleur ;

5° Si l'anxiété a toujours cédé au traitement par la vagotonine, il n'en a malheureusement pas été de même des idées délirantes qui l'accompagnaient : un seul de nos malades (obs. VI), chez qui précisément la disparition des préoccupations délirantes a suivi celle de l'anxiété, est actuellement sorti de l'asile ; quant aux autres, le bénéfice qu'ils ont retiré de cette médication est évident et appréciable pour qui les a observés dans leur période d'anxiété.

Rapprochons nos résultats des constatations faites par d'autres auteurs : Euzière et Margarot (1) ont considéré l'anxiété comme « la traduction subjective d'un état sympathicotonique ». D. Santenoise et P. Abély (2) ont fait des observations un peu différentes et séparent nettement l'anxiété des psychoses périodiques, accompagnée de vagotonie, des autres anxiétés (mélancolie d'involution sans accès antérieurs, délire systématisé, démence précoce) avec réflexe oculo-cardiaque faible ou nul.

D'après nos observations, il semble qu'on puisse considérer comme une *indication* assez précise du traitement de l'anxiété par la vagotonine, une *excitabilité orthosympathique* marquée, facile à mettre en évidence par la recherche du réflexe solaire.

Il semble que ce ne soit pas le diagnostic de la maladie mentale, mais cette indication biologique qui doive nous orienter. Parmi nos malades, se trouvent effectivement, à côté de mélancolies d'involution, les plus nombreuses il est vrai, une démence précoce, deux délires systématisés, une psychose périodique.

(1) Le réflexe oculo-cardiaque dans les états anxieux (*Gaz. des Hôp.*, 19 juin 1919).

(2) *Loc. cit.*

SUR LA TENEUR EN CHOLESTÉROL DE LA SUBSTANCE GRISE ET DE LA SUBSTANCE BLANCHE DU CERVEAU DANS CERTAINES PSYCHOSES (1)

PAR

MARES CAHANE

Dans une note antérieure, publiée ici même (2), nous avons jeté un aperçu sur la biochimie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. En ce qui concerne le cholestérol, nous avons noté que Pighini (3) l'a mis en évidence seulement dans les états pathologiques, surtout dans la paralysie générale, le tabès, la démence précoce et l'épilepsie. Mott confirme la présence du cholestérol dans la paralysie générale et dans la démence précoce. Des résultats semblables furent notés par Gœdel.

Tsuchigo-Shoze (4) ne trouve pas de cholestérol dans le liquide céphalo-rachidien chez les hommes sains. Par contre, il trouve du cholestérol dans la paralysie générale progressive, l'épilepsie et la démence précoce.

Pour expliquer la présence du cholestérol dans le liquide céphalo-rachidien, certains auteurs ont supposé qu'un processus de désintégration doit se produire dans le cerveau. Donc *a priori* dans ces états pathologiques le cholestérol du cerveau doit être diminué.

En recherchant dans la littérature, nous avons trouvé que M. St-Minovici (5) en trouvant chez les aliénés dans 56 p. 100 une hypercholestérolémie, émet l'hypothèse que, dans ces cas,

(1) Travail du Laboratoire de l'Hôpital Diciosanmartin.

(2) Aperçu sur la biochimie du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales ; la recherche du potassium. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 5, mai 1933.

(3) *Zeit. f. ges. Neurol. u. Psych.*, 1911, Bd. IV, Bio. Chem. Zeit, Bd. 63, n° 4-6, 914.

(4) *Zeit. f. ges. Neurol. u. Psych.*, Bd. 90, n° 1-2, 1924.

(5) *Bull. de la Soc. de Chim. biol.*, 1927, tg. p. 1129-1163.

les fibres nerveuses sont partiellement altérées. MM. Polonowski et P. Laurié (1) ont recherché la teneur en cholestérol, en insaponifiable et en lipides, dans quelques cerveaux d'aliénés. Ces auteurs ont constaté qu'à part la diminution très sensible du taux d'hydratation de la substance blanche aucune variation des composants lipidiques de la matière cérébrale des aliénés n'est à vrai dire bien nette si ce n'est celle de l'insaponifiable X, presque constamment accru.

Leurs dosages se rapportent à 4 cerveaux d'aliénées et à un cerveau normal de femme comme témoin.

Nous avons estimé que le nombre des cas est trop restreint. Surtout, il serait intéressant de rapporter la teneur en cholestérol aux diagnostic des malades.

Dans ce but, nous avons dosé le cholestérol des cerveaux des malades décédés. Nous avons utilisé la méthode de Grigaut, en prélevant de la substance grise une quantité variant autour de 0,20 gr. et de la substance blanche une quantité variant autour de 0,10 gr. que nous avons pesées à la balance de précision. La substance grise fut prélevée toujours de la région rolandique et la substance blanche du corps calleux.

Voici nos résultats :

NUMÉRO	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	CHOLESTÉROL POUR 1000 GRAMMES DE SUBSTANCE FRAICHE		
				Cause de la mort	S. grise	S. blanche
1. A. B.	m.	50 années	p. g. p.	ictus	7.62 gr.	21.40 gr.
2. B. . . .	m.	22 —	idiotie	t. b. c.	7.14 —	23.50 —
3. B. . . .	m.	21 —	épilepsie	malaria, hem. de la rate.	—	25.70 —
4. B. E.	m.	23 —	idiotie	t. b. c.	7.50 —	11.40 —
5. F. E.	f.	33 —	épilepsie	accès asphy- xie.	5.65 —	13.10 —
6. N. . . .	f.	79 —	dém. sénile	cachexie	5.72 —	15.10 —
7. Z. J.	f.	70 —	— —	—	5.68 —	25.72 —
8. B. S.	f.	65 —	p. g. p.	—	7.10 —	40.71 —
9. M. I.	f.	45 —	—	ictus	7.50 —	38.70 —
10. P. I.	f.	22 —	épilepsie	t. b. c.	9.71 —	35. 0 —
11. F. C.	m.	58 —	dém. artér. sclér.	ictus	10.18 —	36.42 —
12. C. G.	m.	49 —	p. g. p.	—	7.70 —	30.10 —

(1) C.R. de la Soc. Biol., p. 381, t. CXII, 1133.

En examinant ces résultats, nous voyons que le cholestérol de la substance grise a varié entre 5,65 et 10,18 p. 1.000 gr. avec une moyenne de 7,41 p. 1.000 gr., la teneur en cholestérol de la substance blanche a varié entre 11,40 et 40,71 p. 1.000 gr., avec une moyenne de 18,07 p. 1.000 gr. Nos résultats se rapprochent de ceux de Fränkel, Kirschbaum et Linnert qui ont trouvé pour l'homme dans la substance grise 11,5 p. 1.000 gr. et dans la substance blanche 24,7 p. 1.000 gr. (1).

En comparant les résultats dans les différentes psychoses, nous observons que la plus grande teneur en cholestérol de la substance grise fut trouvée dans un cas de démence artérioscléreuse (10,18 ‰) puis dans l'épilepsie moyenne de 3 cas (7,68), dans la paralysie générale moyenne de 4 cas (7,47), dans l'idiotie moyenne de 2 cas (7,32 ‰), enfin dans la démence sénile 2 cas, la plus basse teneur en cholestérol (5,70 ‰). Dans la substance blanche, la teneur en cholestérol fut trouvée par ordre décroissant : démence artériosclérotique 36,42 ‰, paralysie générale 32,72 ‰, épilepsie 24,60 ‰, démence sénile 20,41 ‰ et idiotie 17,45 ‰.

Par comparaison avec les autres maladies, dans la paralysie générale, nous trouvons une teneur plus importante de cholestérol dans la substance grise et surtout dans la substance blanche, où dans un cas nous avons trouvé 40,71 ‰.

Il est très possible que cette augmentation du cholestérol soit due aux processus inflammatoires périvasculaires et péricellulaires. Or, on sait que les leucocytes ont une teneur importante en cholestérol. Ces résultats nous font supposer que le cholestérol trouvé dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux n'est pas d'origine cérébrale, mais serait plutôt dû aux éléments inflammatoires (leucocytes, globules rouges, albumine, etc.). Les fréquents ictus des paralytiques généraux déterminés par des hémorragies, laissent passer une quantité variable des globules rouges dans le liquide céphalo-rachidien. Nos hypothèses sont en partie d'accord avec les recherches de Lewinson, Lorraine, Landenberg et Howell (2), qui, sur 168 dosages de cholestérol, n'ont pu confirmer les résultats de Chauffart ni ceux de Pighini, qui a trouvé du cholestérol dans les liquides Wassermann positifs. Par contre, les auteurs ont trouvé des quantités variables de cholestérol dans le liquide céphalo-rachidien, surtout dans les cas de tumeur cérébrale, de méningite, d'hémorra-

(1) *Bioch. Zeit.*, Bd. 41 s., 253-256, 1912.

(2) *Ann. Journ. of the Med. de Vol.*, 161, 14, 1921.

gie cérébrale, etc. Les auteurs croient que la quantité de cholestérol dépend du degré de perméabilité méningée.

Les résultats que nous avons fait connaître représentent une note préliminaire, les recherches doivent être poursuivies dans toutes les maladies mentales. Nous avons à remarquer que dans les 2 cas de démence sénile, la teneur en cholestérol de la substance blanche et surtout de la substance grise est plus basse, donc on devra tenir compte aussi du facteur âge et voir dans quelle mesure il influence le cholestérol cérébral. Il serait aussi intéressant de rechercher la teneur en cholestérol des différentes régions du cerveau, surtout de l'écorce et de la région infundibulaire.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 22 Octobre 1934

Présidence : M. Th. SIMON, vice-président

En ouvrant la séance, M. Th. SIMON, *vice-président*, exprime les regrets du D^r Roger MIGNOT, *président*, absent de Paris, adresse à M. le Professeur P. JANET, *membre titulaire* à l'occasion de sa promotion au grade de *Commandeur de la Légion d'Honneur*, les félicitations de tous, et souhaite la bienvenue à MM. BERSOT (de Neuchâtel), Ern. DE CRAENE (de Bruxelles), L. VAN BOGAERT (d'Anvers), et G. VERMEYLEN (de Bruxelles), *membres associés étrangers*, qui assistent à la séance.

Décès du D^r Auguste Marie

M. Th. SIMON, *vice-président*. — Messieurs, depuis notre dernière réunion, deux décès sont survenus parmi nos membres.

Le D^r Auguste MARIE est mort le 29 juillet. Je rappellerai seulement son rôle dans la création de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, ses publications sur la syphilis neurotrope avec le D^r Levaditi, et les prix successifs que lui a décernés l'Académie de Médecine, le dernier pour un travail en collaboration avec M. le D^r Médakovitch. Aug. Marie était commandeur de la légion d'honneur, maire et conseiller général d'Orly.

Décès du D^r Alexandre Cullerre

Le D^r Alexandre CULLERRE est décédé le 15 courant. Son nom ne laissera, je crois, que des souvenirs agréables à ceux qui l'ont approché. C'était un homme modeste et droit. Je n'en ai, pour ma part,

jamais entendu dire que du bien. Son petit volume sur les maladies mentales a été classique et mérite encore d'être relu. On n'a oublié ni sa présidence du Congrès de Dijon (1909), ni son rôle à la Mutuelle des Aliénistes. Je suis assuré d'exprimer l'opinion de tous ici en assurant les siens, et plus particulièrement sa fille, puisqu'elle est des nôtres, de la profonde sympathie de tous ses collègues.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 12 juillet 1934 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} H. BARUK, Georges HEUYER, NAYRAC et Cl. VURPAS, *membres titulaires*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r R. MOURGUE, de Mulhouse, qui regrette de ne pouvoir venir assister à la présente séance de la Société, séance consacrée à l'étude des hallucinations ;

une lettre de M. le Professeur Gonzalo BÖSCH, Directeur de l'Hospicio de las Mercedes, à Buenos-Aires, *membre associé étranger*, offrant à la Société un intéressant volume intitulé « Memoria Medico-Administrativa » de cet hospice ;

une lettre de M. le D^r Roger BARGUES, ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux, médecin-chef du quartier des aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. ABADIE, ROBERT et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 novembre 1934 ;

des lettres de MM. les D^{rs} Jean DECHAUME, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des Hôpitaux ; M. GAUTHIER, médecin du service de neuro-psychiatrie, professeur agrégé à l'Ecole d'Application du Service de Santé militaire du Val-de-Grâce, à Paris, et Bernard POMMÉ, professeur agrégé du Val-de-Grâce et médecin des Hôpitaux militaires, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, J. LÉPINE et Noël PÉRON, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 novembre 1934 ;

des lettres de M. le D^r José GERMAIN-CÉBRIAN, directeur de l'Institut national de psychotechnique, professeur agrégé à l'Ecole nationale de santé, chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de santé à Madrid ; de M. le D^r

G.-W.-B. JAMES, médecin-chef du Service des maladies mentales du St-Mary's Hospital, « lecturer in psychiatry » à la Medical School du St-Mary's Hospital de l'Université de Londres, et de M. le professeur Elysio DE MOURA, de l'Université de Coïmbre, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. Henri CLAUDE, René CHARPENTIER et Paul COURBON, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 novembre 1934 ;

des lettres de M. le Dr Amour-F. LIBER, interne en médecine des Asiles de la Seine, chef de laboratoire du service de M. le professeur Laignel-Lavastine à l'Hôpital de la Pitié, Master of Arts (psychologie) de l'Université de Columbia, à New-York ; de M. le Dr G. DE LOVERDO, Secrétaire général de la Société de Neurologie et de Psychiatrie, d'Athènes ; de M. le Dr S. VLAVIANOS, chef de clinique des maladies nerveuses et mentales de l'Université à l'Hôpital « Eginition », à Athènes, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. TOULOUSE, LAIGNEL-LAVASTINE et LEROY, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 novembre 1934.

Date de l'Assemblée générale

Le quatrième lundi du mois de décembre 1934 se trouvant le 24 décembre, veille de Noël, la Société décide de tenir la *séance ordinaire* de décembre et l'*Assemblée générale* annuelle le *mardi 18 décembre 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société Médico-Psychologique, 12, rue de Seine à Paris.

Il est en outre décidé de réserver la séance ordinaire de décembre 1934 à la suite des communications sur les *Hallucinations*.

A propos de la Malariathérapie

Dans sa séance du jeudi 12 juillet 1934, la Société Médico-psychologique a désigné une Commission composée de MM. R. MIGNOT, *président*, G. DEMAY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD et Noël PÉRON, chargée de rédiger et de présenter à M. le Ministre de la Santé publique un *vœu* conforme aux conclusions exprimées à l'unanimité des membres présents à la suite de la communication de M. G. DEMAY le 25 juin 1934, et confirmées à la suite de l'intervention de M. GUIRAUD, le 12 juillet 1934, à l'unanimité des membres présents.

La Commission a adressé à M. le Ministre de la Santé publique le texte suivant :

A la suite du vœu récemment émis par l'Académie de Médecine au sujet de la réglementation de la malariathérapie, la Société Médico-

psychologique, qui comprend tous les neuro-psychiatres ayant une longue expérience pratique de la malarithérapie, croit devoir attirer l'attention des Pouvoirs publics sur les points suivants :

1° La malarithérapie est un excellent traitement permettant de guérir des centaines de paralytiques qui sans elle auraient évolué vers l'incurabilité et la mort. Il y a lieu de favoriser son développement.

2° La constatation d'un cas de paludisme dans la population civile, qui a provoqué l'intervention de l'Académie de médecine, ne prouve nullement, comme le reconnaît l'Académie elle-même, qu'un paralytique malarisé soit la cause de cette contagion. L'expérience prolongée de la malarithérapie dans les services de neuropsychiatrie n'a permis de constater aucun cas de contagion de paludisme inoculé. A côté des paralytiques malarisés il y a en France des quantités de porteurs d'hématozoaires.

3° Il est bon de mettre à la disposition des médecins pratiquant la malarithérapie toutes les ressources des diverses spécialités (sérologie, parasitologie, ophtalmologie) leur permettant d'opérer avec sécurité et efficacité.

4° Mais un service de malarithérapie appliqué à la paralysie générale doit être dirigé par un neuropsychiatre ayant seul l'autorité et la responsabilité, les autres spécialistes devant rester ses conseillers techniques.

5° Si les pouvoirs publics mettent à l'étude la réglementation de la malarithérapie, ils doivent demander l'avis de ceux qui ont pris l'initiative d'instituer en France, sans soutien officiel et sans surcroît de dépenses, cette précieuse méthode thérapeutique.

Election de 2 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. P. CARRETTE, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, G. PETIT et P. CARRETTE, sur les titres de M. le D^r Jacques LACAN, de Paris, et de Mlle le D^r Denise MARTRILLE, de La Charité-sur-Loire (Nièvre), il est procédé au vote :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r Jacques LACAN	25 voix
Mlle le D ^r D. MARTRILLE	25 —

M. le D^r Jacques LACAN, de Paris, et Mlle le D^r Denise MARTRILLE, de La Charité-sur-Loire (Nièvre), sont élus membres correspondants nationaux de la Société Médico-Psychologique.

Election de 2 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. P. COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. CAPGRAS, René CHARPENTIER et P. COURBON, sur les titres de M. le D^r Jacques LEY, de Bruxelles, et M. le D^r MARES CAHANE, de Dicosanmartin (Roumanie), il est procédé au vote :

Nombre de votants 28

Majorité absolue 15

Ont obtenu :

M. le D^r Jacques LEY 28 voix

M. le D^r MARES CAHANE 27 —

M. le D^r Jacques LEY, de Bruxelles, et M. le D^r MARES-CAHANE, de Dicosanmartin, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-Psychologique.

COMMUNICATIONS

De l'algothallucinose aux troubles du schéma corporel, par M. Ludo VAN BOGAERT.

Résumé. — M. L. Van Bogaert s'est proposé de vérifier, dans un certain nombre de cas, l'existence et la sémiologie du modèle postural (Head), ou schéma corporel (Schilder), et leur rôle dans la conscience et l'activité spatiales. Le premier groupe comprend les observations curieuses des membres fantômes en dehors de l'amputation après une rachianesthésie. Le second groupe concerne des lésions thalamiques avec anosognosie douloureuse dans l'un, membre fantôme douloureux dans l'autre. Dans le troisième groupe, il classe deux hémiplégies avec anosognosie (Babinski). Dans le quatrième groupe, il fait allusion à un cas inédit d'apraxie avec trouble du schéma et renvoie pour leur étude au beau travail de Lhermitte avec Trelles sur l'apraxie constructive pure. Les conclusions de cet exposé peuvent être résumées comme suit :

1° Il y a un modèle postural, un schéma, une image de notre corps indépendant des sensibilités cutanées et profondes et qui joue un rôle important, quoique inapparent, dans la conscience que chacun a de soi. Normalement inconscient, il revêt, dans certaines conditions, le caractère d'une très pénible réalité, le membre fantôme des amputés, le membre fantôme des hémiplégiques, l'hémi-corps obsédant de certains anosognosiques : autant d'exemples de cette intrusion pathologique.

Ce modèle postural a une autre particularité encore : les sensations

ont tendance à s'y développer d'une manière bilatérale et symétrique. Il se dissout le plus souvent par moitiés. Cette amputation consciente ou inconsciente d'une moitié de l'image de soi n'est autre que le syndrome d'anosognosie. Son rôle dans le sentiment de notre propre spatialité avait été entrevu dès le début, cette dernière notion est sa définition même, puisqu'il n'est autre chose que l'épure de notre spatialité proprioceptive.

2° Le modèle postural n'est pas une donnée statique : il sous-entend activement tous les gestes accomplis par notre corps sur lui-même et sur les objets extérieurs. L'intérêt des recherches sur l'anosognosie est de montrer que ce dernier trouble déborde rapidement de la perception dans l'action. Dans un certain nombre de cas d'apraxie, on retrouve également son influence ; ce sont ceux où la spatialité extéroceptive est intacte.

Ici aussi, l'intervention du modèle postural tend presque toujours à être bilatérale, et son trouble modifie surtout les capacités d'exécution des actes exigeant une certaine innervation symétrique.

3° Les lésions atteignant le voisinage du sillon interpariétal, à droite surtout, sont les plus susceptibles de briser l'unité du modèle postural. Cette région semble avoir avec la couche optique des relations physiopathologiques importantes. Les lésions thalamiques confèrent, dans certains cas, aux troubles de l'image une nuance pénible et étrange, toujours dirigée dans le sens de la confirmation de celle-ci ; alors que les lésions plus corticales engendrent des troubles limitatifs de la conscience de soi et limitatif de l'action.

Cette communication paraîtra *in extenso*, comme Mémoire original, dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

M. Henri CLAUDE. — Je tiens à signaler l'immense intérêt de cette communication, tant au point de vue biologique qu'au point de vue philosophique. Nous voyons des sujets présenter les mêmes troubles de la cénesthésie que les psychopathes, mais sans que ces troubles fournissent matière aux interprétations qui constituent le délire de ceux-ci. Ces troubles ont pour conditions des lésions évidentes et nettement localisées en certaines régions du cerveau. Quelle belle preuve de l'intervention cérébrale dans la perception ! Certains de ces malades ont des sensations illusoire dans certains organes ; certains autres, au contraire, ignorent l'existence de telle ou telle partie de leur corps. Ce sont là des faits neurologiques pleins de suggestions pour les psychiatres.

M. P. JANET. — Je souligne aussi l'intérêt des précisions scientifiques apportées par l'auteur pour la compréhension des syndromes névropathiques et psychopathiques. En entendant la

communication, je me rappelais avoir observé des malades qui présentèrent les mêmes phénomènes. Une paralytique hystérique qui guérit complètement eut aussi l'impression de la diminution progressive du volume et de la longueur d'une de ses jambes. Une démente précoce, qui éprouvait l'impression d'un changement de diverses parties de son corps, disait que sa main et son poignet étaient en une substance bizarre, recouverts d'une peau sale et gluante. Elle rectifia, par la suite, ces dernières affirmations, mais resta démente.

M. GUIRAUD. — La communication si documentée de M. van Bogaert a présenté pour moi le plus vif intérêt. Depuis longtemps déjà, et à plusieurs reprises (1), j'ai essayé de montrer l'importance psychiatrique des symptômes décrits par Babinski sous le nom d'anosognosie et complétés plus tard par l'analyse clinique de Barré et de ses collaborateurs.

Ce symptôme, qui consiste en l'incapacité de reconnaître comme personnels certains membres malades, s'observe en clinique psychiatrique, non plus localisé à un membre ou à un côté, mais généralisé. Dans ces cas, la personnalité est privée de tout apport proprioceptif, le malade n'a plus connaissance de son corps propre et tombe dans la stupeur (stupeur catatonique). Par analogie, on peut supposer qu'il en est de même de la sensibilité intéroceptive, ce qui aggrave encore la tendance à la dépersonnalisation. Nous avons également insisté sur la différence entre les anesthésies et les phénomènes anosognosiques formulant l'hypothèse que certains centres terminaux proprio ou intéroceptifs « élaborent un tonus nerveux continu qui donne précisément le sentiment plus ou moins clair de la présence de l'organisme en général ou de telle ou telle partie du corps, même si elle est insensible ou absente ».

A côté de ces phénomènes consistant en une amputation totale et inconsciente de certains éléments normalement constitutifs de la notion du moi physique, on en observe d'autres dans lesquels la privation de certains éléments est consciente et péniblement ressentie, tels sont les délires de négation. D'autres fois, les malades éprouvent simplement une perturbation de l'apport proprio ou intéroceptif : sensation de ratatinement du corps, d'expansion à l'infini, etc...

(1) Conception neurologique du syndrome catatonique. *Encéph.*, 1924.

Les délires chroniques. *Encéph.*, 1925.

Catatonie et syndromes extra-pyramidaux. *Paris-Médical*, octobre 1927.

Représentation et hallucination. *Paris-Médical*, août 1932.

Pour ce qui est de l'hallucination en général, ce symptôme présente au moins deux éléments constitutifs : 1° la notion pathologique de réalité extérieure ; 2° la non reconnaissance comme personnel d'un événement mental qui est attribué à une action étrangère. Le second de ces caractères qui s'observe dans d'autres symptômes que l'hallucination (phénomènes xénopathiques en général) résulte, à notre avis, d'un défaut d'accord ou d'intégration d'un événement psychologique à l'ensemble des intuitions proprio et intéroceptives qui constituent la notion du moi.

M. LHERMITTE. — Les faits que nous venons d'entendre sont pleins d'enseignement, comme nous l'a montré le rapporteur lui-même. Je signalerai simplement, d'une part, qu'on a désormais la preuve que des lésions irritatives du thalamus se traduisent par des impressions kinesthésiques subjectives ; tel est le cas d'une femme qui, brusquement, a l'impression que son bras gauche se meut d'une façon désordonnée, alors qu'il ne bouge réellement pas. Au bout de quelques minutes, elle tombe à terre, terrassée par l'apoplexie. Et l'on constate une hémorragie thalamique. J'ajouterai, d'autre part que, sur les troubles d'anosognosie symptomatiques d'une lésion destructive, peuvent se greffer des interprétations délirantes. C'est ainsi qu'un malade anosognostique pour son membre gauche prétendait qu'un persécuteur passait son temps à lui gratter ce membre.

M. COURBON. — A cette leçon magistrale sur l'hallucination de la douleur, je ne me permettrai que d'ajouter une remarque concernant l'illusion des amputés. Le Professeur Leriche, dans la discussion d'une communication faite par moi à la Société médicale de Strasbourg, dit avoir remarqué que les amputés pour blessures de guerre ont souvent la sensation que leur membre fantôme a l'attitude qu'avait ce membre au moment où il fut blessé : tenir un fusil, s'appuyer sur le parapet de la tranchée, etc. Je crois, ainsi que je me suis efforcé de le démontrer au Congrès des aliénistes et neurologistes à Anvers (1928), en discutant le rapport du Professeur Roger, que cela s'explique de la façon suivante : l'excitation qui déclenche l'illusion physique de main absente réveille l'état émotionnel où se trouvait le sujet quand la main fut blessée et réveille, en même temps que cet état émotionnel, l'attitude qu'avait le corps du sujet au moment de l'émotion.

Le malade de M. van Bogaert qui, après avoir été opéré de fistule anale, avait l'illusion d'avoir les jambes en l'air et liées,

revivait l'instant émouvant du début de l'opération où l'on endort le malade en lui attachant les jambes sur le lit à bascule.

M. P. JANET. — Je voudrais savoir de M. Lhermitte si, parmi les malades à lésions organiques qu'il a étudiés, il en est qui, ayant perdu les notions de l'espace personnel, ont gardé la faculté de localiser correctement les objets. Cela semble, *a priori*, impossible.

M. LHERMITTE. — C'est possible. Un sujet qui était incapable d'exécuter correctement les ordres de toucher sa moustache à droite, de la toucher à gauche, de montrer les divers points de droite ou de gauche de son corps, exécutait très bien tous ces ordres quand on le faisait se regarder dans une glace et, par ailleurs, localisait exactement tous les objets.

M. P. JANET. — On peut donc supposer que le schéma des localisations des objets extérieurs, formé après le schéma de l'espace personnel, survit à une lésion qui a détruit celui-ci.

M. VAN BOGAERT. — Je remercie les confrères qui ont bien voulu intervenir dans la discussion et je signale que, d'après une constatation de Hof, l'injection d'atophanyl qu'il employait pour soulager les douleurs rhumatismales d'un de ses malades atteints de lésions thalamiques, peut déterminer l'impression de ratatinement du membre sur lui-même.

Les hallucinations dans les syndromes pédonculaires et leur pathogénie, par M. Jean LHERMITTE.

Résumé. — En 1922, M. J. Lhermitte a attiré l'attention sur une modalité d'hallucinations visuelles qui éclosent et se développent au cours des syndromes pédonculaires d'origine malacique. Dans deux observations, il s'agissait de foyers destructifs dont la localisation pédonculaire était attestée par un tableau clinique extrêmement typique accompagné de troubles du sommeil et de phantasmes visuels. Ces hallucinations se présentent au crépuscule sous la forme d'animaux, de bêtes plus ou moins étranges, d'étoffes colorées, de pointillés lumineux; elles sont mobiles, colorées, silencieuses.

Le sujet, généralement, n'est pas dupe de ses hallucinations, mais leur répétition crée un état d'onirisme qui peut se transformer en un véritable délire. Fait important, les hallucinations visuelles se réduisent en même temps que le syndrome neurologique se dissipe.

Depuis cette époque, plusieurs auteurs ont rapporté des exemples de ce genre, en particulier M. van Bogaert. D'autre part, plusieurs obser-

vations ont montré que les hallucinations liées à des lésions pédonculaires pouvaient survenir dans les infections du tronc cérébral : les polioencéphalites subaiguës, à virus neurotrope (Garcin et Renard, André Thomas et Rendu), dans l'encéphalite épidémique (Lhermitte), et, d'autre part, que des intoxications à l'aide de composés barbituriques (véronal, dial, luminal, gardénal) pouvaient, elles aussi, être à l'origine de l'hallucination vespérale visuelle. Dans ces derniers cas, tout de même que dans les infections du type polioencéphalite, la localisation pédonculaire s'affirme par des paralysies oculaires, un syndrome cérébelleux, des troubles de la sensibilité caractéristique.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces hallucinations, il semble qu'on est en droit de penser qu'il s'agit d'une dissociation de la fonction hypnique créée par l'atteinte plus ou moins discrète du dispositif régulateur du sommeil et de la veille, dont on sait qu'un des points les plus sensibles siège dans le diencephale médian.

Nous aurions donc ici une décomposition du sommeil avec libération de sa partie active, qui est le rêve, contrastant avec une conservation assez normale des rapports de la conscience avec le monde extérieur.

Cette hypothèse, car ce n'est qu'une hypothèse, paraît séduisante et appuyée suffisamment sur les faits, en particulier par ceux que l'on connaît bien et qui démontrent que s'il existe un sommeil somatique, il existe aussi un sommeil purement psychique.

Cette communication paraîtra *in extenso*, comme Mémoire original, dans un prochain numéro des *Annales Médico-Psychologiques*.

M. GUIRAUD. — Cette communication présente, en particulier, l'intérêt de mettre en évidence le mécanisme des hallucinations hypnagogiques.

M. P. JANET. — A propos de cette intéressante communication, je rappelle les trois attitudes psychologiques que tout individu peut avoir, attitudes dont les deux premières furent décrites par Bernard Leroy et la troisième par moi.

L'attitude réaliste est celle dans laquelle le sujet se préoccupe de l'effet réel de ses mouvements. Je me promène sur le boulevard, je pense que je peux gesticuler intensément si je le veux, mais je m'en abstiens, car je frapperais les passants. L'attitude spectaculaire est celle dans laquelle on ne se préoccupe pas de l'effet réel de ses mouvements. Je suis à un balcon, je perçois tout ce qui est sur le boulevard exactement comme si je m'y promenais. Mais je gesticule et parle à mon aise, car mes gestes sont sans conséquence puisque je ne risque pas de blesser les passants. L'attitude cogitative est celle dans laquelle on se préoccupe de ses paroles. On pense que l'on peut exécuter tous les mouvements que l'on veut, mais en se taisant.

Ces trois états différents de veille existent chez l'individu normal. Les faits de M. Lhermitte semblent prouver que les lésions pédonculaires favorisent l'apparition de l'état spectaculaire.

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — En 1923 et 1924, à la Société Clinique de Médecine mentale, me basant sur les phénomènes à caractère mécanique et sur l'identité des psychoses hallucinatoires cryptogéniques avec nombre de psychoses à étiologie connue, je croyais pouvoir proclamer que les psychoses hallucinatoires rentraient dans la neurologie. Parmi les phénomènes manifestement dépourvus de toute origine idéique, je mentionnais les hallucinations visuelles, en raison de leur caractère arbitraire, souvent fragmentaire et saugrenu, de leurs incomplétudes bizarres, etc. Je parlais d'épines irritatives, et la neurologie nous en apporte. J'ai parlé « des zones les plus élevées de la représentation du moi comme devant être à la fois le siège des hallucinations sensibles diverses et la source des idées de négation corporelle. » La non-annexion au moi, chez l'halluciné psychotique, de certains phénomènes sensitifs, trouvera, sinon son explication, du moins ses règles et conditions d'apparition dans des études neurologiques et, du même coup, la non-annexion au moi des phénomènes d'ordre psychique devra implicitement recevoir une explication mécanique. Les sentiments intellectuels et certains sentiments généraux constatables chez quelques déments précoces (tels les états d'extase avec détachement incoercible du moi moteur) s'expliqueront par les analogies que la neurologie, de plus en plus biologique et curieuse de psychologie, nous apportera. Dans la création passagère de membres fantômes par la combinaison d'une attitude prolongée, de l'émotion et de la narcose, il me semble voir l'analogie de la création de l'idée-fixe dans les ivresses pathologiques. Les intoxications, les infections, les tumeurs cérébrales sont la véritable école du psychiatre, et la psychiatrie arrive aujourd'hui au point d'où elle eût dû partir.

Hallucinations et niveau mental, par M. G. VERMEYLEN.

Je ne puis, dans cette note liminaire, que donner les éléments principaux d'une question qui mérite de plus amples considérations et que je compte développer par la suite.

La mesure de l'intelligence par les tests mentaux a eu, très longtemps, une mauvaise presse en psychiatrie. On lui déniait non seulement toute valeur, mais on l'accusait même de fausser

les problèmes. Il suffit, pour répondre à cette opinion, de replacer le test mental parmi les autres moyens d'investigation de l'esprit et de le considérer simplement comme un élément, parmi bien d'autres, de l'étude du psychisme sain ou malade.

C'est, envisagé sous cet angle, que l'emploi de la méthode des tests est revenu en honneur, ces dernières années, en psychiatrie, grâce aux recherches, notamment, du D^r Simon, du Professeur Claude et de ses élèves, du D^r Heuyer en France ; de Degreef et de moi-même en Belgique. Jusqu'alors, l'usage des tests mentaux avait été presque exclusivement réservé à l'étude des déficients mentaux congénitaux et s'était, la plupart du temps, limitée à l'établissement d'un niveau mental conditionnant la mesure d'ordre social à prendre. C'est par des recherches, assez connexes se rapportant aux démences, que l'emploi de la mesure mentale est vraiment entré dans la pratique psychiatrique. Les travaux déjà anciens de Binet et Simon, de Revault d'Allonnes, de Puillet, ont été repris récemment. Les changements importants que la pyrétothérapie a apportés dans l'évolution de la paralysie générale en ont été une des principales occasions. Le problème de la démence s'en est trouvé déplacé au centre des préoccupations conceptuelles des psychiatres et deux courants convergents se sont manifestés.

L'un a tendu à diminuer la rigueur de la conception ancienne de la démence et à admettre que certains déficits intellectuels, apparemment profonds, peuvent être pourtant temporaires et réversibles, comme cela se constate chez les paralytiques généraux que la pyrétothérapie a améliorés.

Parallèlement, on s'efforçait de montrer que la démence avérée n'était pas un simple phénomène de diminution intellectuelle et même que cette diminution n'était, pour plus d'un, pas le phénomène marquant ; l'atteinte de la personnalité, dans ses manifestations affectives et caractériologiques, étant bien plus importante et commandant bien plus le comportement du sujet que la déficience intellectuelle.

L'autre courant tendait, par contre, à mettre en valeur l'importance du déficit mental dans des états psychosiques où il était contesté ou méconnu et, à considérer ce facteur de déficience comme conditionnant tous les symptômes psychiques de la maladie. C'est ainsi qu'Heuyer (1) estime que le déficit intellectuel est initial dans la démence précoce et que « c'est parce que la

(1) HEUYER. — L'affaiblissement intellectuel dans la démence précoce. *Ann. Médico-Psychol.* T. I, 1932, p. 250.

démence précoce est, avant tout, une démence que peuvent se manifester, sur ce fond mental d'affaiblissement, les autres symptômes affectifs, hallucinatoires et délirants ». De même De Greef, dans un important travail (1), a voulu établir un parallélisme étroit entre les différentes phases de la psychose hallucinatoire chronique et l'abaissement intellectuel à des niveaux mentaux bien déterminés pour chaque phase. Pour ma part, j'estime que cette étude de l'abaissement, et surtout des fluctuations du niveau mental au cours des psychoses, mérite une particulière attention et a trop été négligée jusqu'à présent. Aussi, ai-je entrepris des investigations de ce genre chez des délirants, des maniaco-dépressifs, des obsédés, etc... Je m'en tiendrai cette fois à quelques-uns des résultats obtenus chez des hallucinés. Si l'on veut établir le rapport qui peut exister entre l'état hallucinatoire et le niveau mental du sujet, il faut être très prudent et écarter tous les cas où un élément adventice pourrait influencer sur ce niveau.

C'est ainsi qu'il faut écarter les états hallucinatoires symptomatiques, tels que ceux des toxi-infections, où la confusion mentale, plus ou moins légère, commande à la fois les hallucinations et la baisse temporaire de niveau.

Il faut également écarter les états hallucinatoires secondaires à une psychose qui ne la comporte pas nécessairement : par exemple, dans la psychose anxieuse, la mélancolie, la démence précoce. Dans ces cas, le niveau mental sera peut-être lié, non à l'état hallucinatoire, mais aux fluctuations que l'état anxieux, mélancolique, schizophrénique primaire, imprime au niveau. De l'investigation en cours, il résulte que le rendement intellectuel suit, dans une certaine mesure, les oscillations de la maladie et peut intervenir dans la production de manifestations secondaires. Il en est encore bien plus ainsi dans les états hallucinatoires qui accompagnent des psychoses considérées comme démentielles, telles que la paralysie générale ou la démence sénile.

Enfin, les psychoses hallucinatoires aiguës, qu'on constate chez certains débiles mentaux ou déséquilibrés, doivent également être écartés, puisque le niveau mental reflète surtout l'état antérieur du sujet.

Il ne reste donc, en somme, que les psychoses hallucinatoires chroniques dans lesquelles l'état hallucinatoire semble être conditionné par une évolution psychopathologique autonome et

(1) DE GREEF. — La psychogenèse des délires. *Journ. belge de neurol. et de psychiatrie*, 1931.

les débuts de la psychose contenir déjà en germe tous les éléments qui détermineront cet état.

Reste à préciser la technique d'investigation mentale à utiliser. Les épreuves trop nettement verbales sont à rejeter. Le malade utilise trop facilement, pour y répondre, les notions acquises. Il faut donner la préférence à des tests d'action qui mettent le sujet devant une situation dont il doit se tirer. Evidemment, ses acquisitions antérieures entrent aussi en jeu dans la solution de l'épreuve, mais il doit les adapter à la situation nouvelle qu'on lui présente et, pour ce faire, utiliser son expérience acquise suivant des combinaisons nouvelles. D'autre part, les épreuves doivent être assez variées et mettre en action des fonctions mentales suffisamment différentes pour ne laisser dans l'ombre aucun point essentiel de l'intelligence du sujet. A ces divers points de vue, je donne la préférence aux modes d'investigation par les méthodes analytiques. J'utilise une méthode personnelle (1), inspirée de Rossolimo, et permettant d'établir une courbe mentale basée sur l'examen des principales fonctions intellectuelles, établissant leur rapport entre elles et le niveau global qui s'en déduit. Il faut ajouter que je n'ai jamais rencontré l'hostilité, encore moins le refus de se prêter à l'examen, que plusieurs auteurs signalent. Je crois que l'habitude prolongée de l'application des tests permet d'éviter la mauvaise volonté de la plupart des sujets et d'observer des réponses qui cadrent assez avec les possibilités réelles du malade. Voici les résultats que j'ai recueillis par l'examen de 21 cas de psychose hallucinatoire chronique pure, que j'ai pu suivre depuis le début de ces recherches.

Tout d'abord, il existe une nette diminution du rendement intellectuel chez tous les malades, même au début, tout au moins apparent, de la psychose. Elle est fonction du niveau antérieur du sujet.

Cette diminution n'est pas directement dépendante de la durée de la maladie, ni de la phase, assez arbitrairement délimitée du reste, à laquelle le sujet est arrivé. En d'autres termes, cette diminution ne semble pas être la cause première des éléments essentiels de la psychose, elle en est un des effets. Mais, par sa présence même, cet effet permet, par la déficience du contrôle intellectuel et des freins supérieurs, l'intensification et l'évolution plus rapide des symptômes primaires et l'éclosion de symp-

(1) VERMEYLEN. — *Les débiles mentaux. Etude expérimentale et clinique.* Lamartin, Bruxelles, 1929.

tômes secondaires. C'est pourquoi les débiles mentaux, chez qui cette déficience est originelle, tombent-ils plus facilement dans des états délirants et hallucinatoires, et ces états évoluent-ils plus vite vers des phases terminales.

Cette diminution du rendement intellectuel ne porte que très tardivement sur les fonctions d'acquisition (attention, mémoire, association des idées) qui sont, au contraire, très précocement atteintes dans les démences vraies. Elle atteint, au contraire, assez tôt les fonctions, plus personnelles, d'élaboration (jugement, raisonnement, analyse et synthèse) et les activités pragmatiques (combinaison et habileté).

Elle rappelle, avec quelques différences particulières sur lesquelles nous nous réservons de revenir, la diminution de rendement qu'on peut constater dans la plupart des psychoses où la démence, même légère, n'est généralement pas constatée. C'est ainsi que, dans la manie, la mélancolie, la schizophrénie au début, les états délirants, on peut constater les mêmes faits qui disparaissent sans laisser de traces lors des rémissions. Ils expliquent la possibilité des manifestations secondaires telles que les idées délirantes absurdes des mélancoliques et des anxieux, qui, lors des rémissions, semblent ne rien avoir perdu de leurs possibilités intellectuelles.

La courbe mentale, ainsi que le niveau ainsi obtenus, sont peu stables et varient, dans le détail et le degré, d'un examen à l'autre, tout en laissant subsister la réalité du déficit.

Il s'agit bien, en fait, d'un déficit de rendement et non d'une impossibilité foncière comme dans la démence vraie. La réversibilité de cette déficience lors des rémissions, la variabilité de degré et de modalité lors d'examens successifs, en sont la preuve. Il ne s'agit pas, à mon sens, d'une démence vraie, mais d'une chute du potentiel psychique portant, non de façon élective, sur l'intelligence, mais atteignant primitivement l'ensemble de la personnalité psychique du sujet et diminuant en même temps et par contre-coup le rendement intellectuel présent du sujet.

Cette diminution intellectuelle concomitante n'en constitue pas moins une condition favorisante d'intensification et de permanence de l'état hallucinatoire par diminution de l'auto-critique et de la réduction à la réalité ambiante des phénomènes morbides. Mais le fait primordial reste le recul de la personnalité entière à des phases antérieures d'évolution psycho-sociale. Quel que soit son niveau intellectuel, le malade revient à des modes de penser, de sentir et d'agir, périmés que Lévy-Brühl a qualifiés de « prélogique ». A.-W. Maier, de « catathymique » et

Kretschmer, d'« hyponoïques ». Il se produit, en somme, une *réversion de la formule psychique*. « La pensée humaine, de plus en plus dressée à se dégager de l'affectivité et de l'action, reprend sa place ancestrale et tend à se fondre en eux. Elle perd peu à peu son rôle de guide pour n'être plus qu'un commentateur des mouvements de l'âme. Elle suit et ne dirige plus ; elle se détourne des problèmes extérieurs pour se concentrer sur ses états affectifs, les objectiver et les formuler... La pensée affective, si bien décrite par Ribot, remplace la pensée spéculative ou l'asservit (1). » De là, découle, suivant un mécanisme décrit ailleurs (2), et sur lequel il serait trop long de s'appesantir ici, les différents éléments constituant l'état hallucinatoire : la polarisation et la stylisation de la pensée affective, la défaillance du jugement de réalité, l'extériorisation psychique et enfin, l'objectivation sensorielle et spatiale.

« En d'autres termes, il existe des niveaux de personnalité, des plans de tension psychique, pour employer l'expression de Janet, qui conditionnent l'éclosion de l'hallucination. Au-dessous d'un certain niveau de la personnalité, la disposition hallucinatoire se crée d'elle-même et le moindre événement peut déclencher l'hallucination. Niveau de tension de la personnalité, degré d'intégration du phénomène à cette personnalité, me semblent être les deux fils d'Ariane qui nous permettront de comprendre, en s'écartant le moins des faits cliniques, l'hallucination (2). »

Ceci repose sur un plan, qui devra être abordé un jour dans son ensemble, le problème de la démence telle qu'on peut la comprendre à la lumière des faits cliniques et expérimentaux actuels.

La démence vraie semble être un état moins fréquent qu'on ne le croit. Elle est, le plus souvent, un phénomène terminal succédant à une longue phase de démence apparente, comme le montre, notamment un certain nombre de cas heureux de paralytiques généraux traités par la pyrétothérapie. Le déficit qui la caractérise est un déficit atteignant l'intelligence dans son essence même et constituant un phénomène irréversible.

On peut constater plus fréquemment un déficit du rendement intellectuel qui précède la démence vraie et que celle-ci remplace lentement, mais qui peut également exister sans démence, le phénomène que nous avons voulu distinguer avec P. Vervaeck

(1) VERMEYLEN. — Le problème psycho-pathologique des hallucinations. *Journ. belge de neurologie et de psychiatrie*, déc. 1929.

(2) VERMEYLEN. — *Arch. suisses de neurologie et de psychiatrie*. XXXII^e vol., fasc. 2, 1933.

de la démence vraie sous le nom de « phrénolepsie » (1) peut se rencontrer dans tous les cas de diminution du potentiel psychique de l'individu, depuis les états de simple fatigue et de légère intoxication de l'organisme, jusque dans les psychoses et même la paralysie générale. L'intelligence elle-même n'est pas atteinte, comme le prouve le retour ultérieur à l'intégrité, mais la capacité d'action de l'intelligence est temporairement diminuée et les freins intellectuels ne jouent plus. Il en résulte une libération d'états affectifs qui ramène le sujet à un plan inférieur de personnalité.

Enfin, la personnalité elle-même peut être directement et primitivement atteinte et on pourrait parler, sans trop forcer le mot, de démence affective ou caractériologique. Le plan de personnalité auquel le malade régresse influe cette fois directement sur l'intelligence du sujet, l'asservit à des modes de penser primitifs et archaïques, et, sans l'atteindre vraiment, réduit pourtant son rendement pragmatique à quelques manifestations subordonnées et automatisées, et polarise toute son activité vers la sphère morbide et la construction d'un système délirant. C'est ce qui se produit notamment dans les psychoses hallucinatoires où l'abaissement du niveau mental représente seulement la diminution du rendement intellectuel et est une conséquence du recul général de la personnalité.

M. P. JANET. — Je suis d'accord avec l'auteur pour dire qu'il n'y a d'hallucinations que lorsqu'il y a croyance, et que cela implique une certaine chute du niveau mental. Mais il y a loin de là à considérer comme des déments les hallucinés. Il est de ceux-ci qui ont conservé une très grande intelligence. Tel le colonial halluciné persécuté, délirant typique que j'ai observé qui, quoiqu'interné, composa un livre très intelligent sur le raisonnement. Je lui donnai à lire le livre de Rignano qui venait de paraître, sur le même sujet. Il le lut, le critiqua très judicieusement et, comparant cette théorie à la sienne, dit avec raison : Je me place à un point de vue trop logique et lui se place à un point de vue trop psychologique.

M. G. DE CLÉRAMBAULT. — Les hallucinations auditives d'un sujet, considérées comme lot d'idées des personnages hallucineurs, sont constamment, par les thèmes, par les raisonnements,

(1) VERMEYLEN et Paul VERVAECK. — Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés et la notion de démence paralytique. *Encéphale*, n°s 8 et 9, 1930.

par le vocabulaire, par la qualité affective, inférieures à la mentalité personnelle du malade. Le malade s'en rend compte et dit : « Ces gens sont fous. Ils travaillent à me rendre fou. » En d'autres termes, la pensée extra-personnelle est inférieure à l'idéation personnelle ; elle est plus proche de la démence ; elle représente la forme mentale qui sera, dans plusieurs années, celle du malade.

Les hallucinations pensent. Nous pouvons saisir, en partant de l'écho, la complication idéique qui, progressivement extensive, aboutira à l'exploitation très active d'un thématisme étendu. Déjà, dans l'écho pur et simple, la transposition syntactique de « je » et « il » (il sort au lieu de je sors) est le travail personnel de l'hallucination.

Souvent l'écho, simple constat, reste larvé sous une formule de réplique, de critique, de commentaire ou de menace dont le constat inexprimé fournit le noyau, et qui font suite à ce constat. Une voix, au lieu de dire : « Elle sort, elle se rend chez son épicier » dit : « Nous l'attendrons ; son épicier va la surfaire. » Viennent ensuite des phrases saugrenues : « Nous ferons pleuvoir », et souvent ingénieuses en même temps que saugrenues : « L'eau tombera d'un aéroplane. »

Les voix informatrices, prophétiques et fabulatrices jettent constamment dans la conscience du sujet des notions bien élaborées, sans relation avec sa pensée actuelle, souvent contraires à ses tendances. Chaque formule lancée reste acquise, et le travail d'idéation se continuant, les formules vont se complétant d'un jour à l'autre ; ainsi se forge tout un roman d'origine extra-personnelle : c'est le délire auto-constructif. Ce délire auto-constructif est plus absurde que le délire personnel du sujet (délire bien plus explicatif que constructif). Les notions explicatives même sont souvent fournies par les voix. Les néologismes sont, le plus souvent, l'œuvre des voix. Le sujet à qui nous demandons d'où vient le mot et ce qu'il signifie nous répondra presque toujours : « Demandez-leur. » C'est de ses persécuteurs eux-mêmes qu'il tient le plus souvent leur but, leurs procédés, le nom de leur association, etc. Ce sont les voix qui, longtemps d'avance, préparent le sujet à l'idée de grandeur. Toutes les fois que le malade exprime une idée dont l'absurdité contraste avec son apparente intégrité mentale, nous pouvons être presque sûrs que cette idée lui a été fournie par les voix.

Souvent, le malade commence par repousser l'idée, puis, en quelques mois ou années, il s'y habitue, puis il l'adopte. « On me dit que je suis prince et que je vais hériter, c'est absurde. »

Plus tard, c'est possible presque certain ; mais le sujet aurait trop de peine s'il voulait faire valoir ses droits, il aime mieux tout abandonner, puis c'est absolument certain, et le sujet fera valoir ses droits. Cette évolution se sera accomplie en quelques années.

Les deux mentalités tendent d'ailleurs à se confondre, en se ressemblant et en se mêlant. Le sujet se plaint de prendre, malgré lui, le langage de ses persécuteurs. « Je fais des calembours comme eux, c'est assommant. » D'autre part, les phrases parasites, thématiques et athématiques, foisonnent de plus en plus richement, réduisant chaque jour davantage la part personnelle du sujet dans le champ de sa propre conscience et ses minutes de pensée libre. La personnalité parasitaire envahit la personnalité primitive, réduisant sa part dans le moment et la durée.

Mais cette restriction du champ personnel, cette passivité par rapport à l'invasion ne constituent pas, chez le vésanique, tout le tableau de la vie intérieure. Autant que nous pouvons en juger, la démarcation entre moi et non-moi semble s'effacer, et le sujet vit dans un état de dépersonnalisation, devenant une série de constats juxtaposés et monotones où le subjectif se distingue mal de l'objectif. Déjà, à la période d'état ou même la période de début, il arrive au malade de dire : « Parfois, je ne distingue plus leur pensée de la mienne. » D'autre part, cette dépersonnalisation s'accompagne de la perte de l'attente et de l'effort.

En effet, en dehors de la sphère hallucinatoire, la psychose exerce ses altérations, et le sujet perd de son jugement, de son sens critique, de ses stimulants affectifs et de son activité globale. Un tel processus facilite l'assentiment de la personnalité première aux idées hallucinatoires, et la fusion des deux personnalités.

En résumé, il existe un délire auto-constructif dont une activité idéo-hallucinatoire fait tout le travail. Ce travail organisateur peut être suivi depuis l'écho jusqu'à la période des stéréotypes démentiels.

La valeur thématique et la valeur logique de l'idéation hallucinatoire sont, de plusieurs degrés, inférieures à celles de la pensée du sujet même ; la pensée hallucinatoire précède la pensée personnelle sur le chemin de la démence.

M. E. MINKOWSKI. — La communication de M. Vermeylen me paraît particulièrement intéressante, parce que révélatrice de l'évolution de nos idées dans le domaine de la démence. Il y a peu de temps encore, on aurait considéré l'abaissement du

niveau mental, relevé par la méthode des tests, comme trouble primitif dont découleraient tous les autres. M. Vermeulen, par contre, différencie cet abaissement d'avec la démence vraie, ne lui attribue qu'un rôle secondaire et l'intègre à l'ensemble des faits cliniques dont il fait partie, c'est-à-dire à la personnalité morbide tout entière. Il formule, de ce point de vue, des réserves à l'égard de la thèse défendue par M. de Greeff dans son travail sur la genèse des délires, réserves auxquelles je m'associe d'autant plus aisément que, par ailleurs, j'ai la plus grande admiration pour les recherches de M. de Greeff.

Contrairement à M. Vermeulen, je me demande pourtant si l'abaissement du niveau mental et le puérilisme particulier qu'il a constatés au cours de la psychose hallucinatoire chronique, nous permettent de rapprocher la mentalité de ces malades de la mentalité primitive et d'admettre chez eux une réelle régression à des phases ancestrales de notre évolution. Ce dernier mécanisme, invoqué pour expliquer la genèse des délires, m'a paru toujours sujet à caution. Il suffit de rappeler que la mentalité primitive est, par excellence, une mentalité collective, tandis que celle de l'aliéné est tout le contraire. Il s'agit à mon avis ainsi davantage d'analogies superficielles que d'une réelle affinité. Des explications qui tiennent compte des particularités de la mentalité du délirant, comme celle que vient de nous donner M. de Clérambault, en mettant au premier plan les caractères de la « personnalité seconde » me paraissent ainsi plus plausibles que celles qui font appel au mécanisme de régression.

Cela me ramène à la communication de M. van Bogaert. Tout à l'heure, je n'ai pas dit tout le bien que j'en pensais, n'osant pas me risquer dans un débat purement neurologique. Pourtant, sa communication est particulièrement suggestive pour le psychologue et le psychopathologiste. Elle nous montre jusqu'à quel point la notion courante de la perception, au tour de laquelle la psychologie, pendant si longtemps, a centré tout son effort, est insuffisante, même là où il s'agit de faits qui semblent lui être particulièrement accessibles, comme la façon dont nous nous situons et nous orientons dans l'espace. La localisation de nos sensations tactiles ou autres est loin de pouvoir épuiser le problème, puisqu'à côté, il existe un facteur d'un tout autre ordre, le « schème corporel », tel que nous l'a décrit M. van Bogaert, qui soutient, d'une façon globale, aussi bien nos perceptions que nos actions dans l'espace. Pour ce facteur, M. van Bogaert a employé le terme « inconscient ». Je me demande si ce choix a été heureux. De nos jours, on a usé et abusé de « l'incons-

cient » en psychologie et en psychopathologie. Il prête à confusion. En tous les cas, ce qui est inconscient peut, en principe, si certaines conditions se trouvent réalisées, devenir conscient. Il n'en est pas de même, je crois, pour des facteurs de l'ordre du « schème corporel ». Intimement lié à notre existence, profondément ancré en nous, ce schème nous révèle sa propre existence *uniquement* à la lueur des faits pathologiques. Il représente ainsi une donnée bien plus profonde, bien plus élémentaire que les sensations avec ou sans localisation, et nous échappe, pour cette raison, d'habitude. Pourtant, c'est lui avant tout qui nous permet de nous intégrer, d'une façon appropriée, à l'espace et au monde extérieur. Il possède aussi sa pathologie propre, comme nous l'a montré M. van Bogaert.

Ici, un rapprochement avec les tendances de la psychopathologie moderne semble s'imposer. La période où, pour expliquer les troubles psychopathiques, on faisait appel à des fonctions isolées comme les perceptions, la mémoire, le jugement ou encore l'affectivité ou la volonté paraît dépassée. Ramener un délire à un trouble de jugement ne veut pas dire grand'chose. La modification du psychisme paraît beaucoup plus profonde. Au délire hypocondriaque ne correspond point, chez l'individu normal, une idée de santé. Si celui-ci s'occupait, d'une façon aussi persistante, de sa bonne santé que le fait l'hypocondriaque par rapport à sa prétendue maladie, il serait, tout en affirmant quelque chose d'exact, tout aussi délirant que ce dernier. A l'idée délirante ne correspond aucune idée précise dans le psychisme normal. Tout délire semble être l'expression idéique et verbale d'un trouble beaucoup plus profond et global, d'une « lésion » se rapportant à une donnée de la vie si profondément ancrée en nous qu'elle n'apparaît, tout comme le « schème corporel », qu'à la lueur du pathologique. De là la notion du trouble générateur en psychopathologie, dont j'ai essayé d'étudier les diverses variétés dans mon récent ouvrage « Le temps vécu ». De là aussi, les points d'intersection de mon propre effort dans le domaine de la psychopathologie avec les conceptions d'organicistes tels que MM. de Clérambault et Guiraud. L'abaissement du niveau mental tel que nous l'a présenté M. Vermeylen apparaît également comme un des modes dont s'exprime le trouble générateur caractéristique de la psychose étudiée.

Les communications de MM. van Bogaert et Vermeylen, bien que parties de deux points différents, se rejoignent ainsi, toutes deux s'inspirant des notions nouvelles que, animées du même esprit et peut-être indépendamment l'une de l'autre, la neurolo-

gie, d'une part, et la psychiatrie, d'autre part, cherchent à mettre au premier plan de nos jours.

M. VERMEYLEN. — Je pense, comme M. Janet, qu'un halluciné n'est pas forcément un dément, qu'il est simplement diminué par rapport à son propre passé. Ils sont pragmatiquement atteints bien plus qu'intellectuellement.

Comme M. de Clérambault, j'interprète la dégradation progressive du psychisme. Et, comme M. Minkowski, je crois qu'il n'y a que des analogies et nullement identité entre mentalité primitive et mentalité psychopathique.

La séance est levée à 19 h. 15.

Les Secrétaires des séances :

P. COURBON et P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Médecine légale de France

Séance du 8 Octobre 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

La création d'une consultation psychiatrique à l'Hôtel-Dieu de Troyes, par M. DESCUSSES (de Troyes)

L'auteur montre les multiples difficultés que rencontre la création en province, dans un hôpital de grande ville, d'un service hospitalier nouveau, en l'espèce d'un modeste service de psychiatrie pour malades mentaux légers. Il faut, pour résoudre ces difficultés, lutter contre la routine administrative, faire appel aux assemblées délibérantes qui ont toujours le souci du budget, recruter un personnel idoine. Tous les efforts cependant méritent d'être tentés et l'expérience prouve l'utilité de la création dans toutes les grandes villes, soit à côté des hôpitaux, soit à côté des asiles, de services hospitaliers distincts pour les petits psychopathes non dangereux et qui ont besoin de soins.

Thyroïdomanie, par M. VIGNES

L'auteur relate le cas d'une malade qui, depuis plusieurs années, avait pris l'habitude, ignorée de son entourage, d'absorber de façon constante des doses immodérées d'extrait thyroïdien. Cette thyroïdomanie semblait avoir été motivée par le désir de maigrir et par le besoin de stimuler un métabolisme déficient. L'accoutumance avait entraîné la malade à des doses progressivement croissantes. Par ailleurs, son équilibre nerveux avait paru assez troublé. Sa thyroïdomanie se manifestait par un amaigrissement

important, de l'aménorrhée et des crises fréquentes de diarrhée et de vomissements. Cette thyroïdomanie se termina tragiquement par la mort, à la suite de l'absorption massive de 100 comprimés de 0 gr. 025 d'extrait thyroïdien. Le décès, qui fut très rapide, fut précédé de vomissements, de dyspnée, d'angoisse, de douleurs multiples et de collapsus cardiaque.

Ces accidents évoluèrent en quelques heures vers le coma.

FRIBOURG-BLANC.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 21 Juin 1934

Présidence : M. LALO, président

Le monde mystique des paranoïdes, par M. Georges DUMAS.

L'auteur envisage surtout les malades atteints de paranoïa hallucinatoire et les paranoïdes tournés vers le monde extérieur. L'étude des néologismes lui paraît un excellent moyen de pénétrer dans la mentalité de ces sujets. Ayant rappelé brièvement les faits connus, M. Dumas montre que le néologisme répond à un but bien particulier : exprimer les phénomènes et les êtres du monde nouveau dans lequel le délire introduit le paranoïde. Ce plan reste distinct du nôtre, celui des causes et des effets, et les malades convaincus quand ils vivent sur le plan mystique ne le sont plus sur le plan du réel : telle confirmation d'une conviction délirante artificiellement réalisée par l'observateur ne provoque que méfiance et retrait ; la même conviction délirante est également à l'abri des contradictions de l'expérience auxquelles le sujet reste insensible. C'est-à-dire que le trait essentiel de la mentalité paranoïde est peut-être l'imperméabilité à l'expérience, trait qui se retrouve dans la mentalité primitive et dans la conscience religieuse, toute assimilation étant d'ailleurs écartée entre ces trois domaines. Il ne s'agit en effet que d'analogies auxquelles s'opposent de graves différences : en particulier le paranoïde est désinséré de la société, la mentalité primitive est au contraire une mentalité collective.

Ont pris part à la discussion : MM. Sellière, Piéron, Wallon, René Charpentier, Meyerson.

Daniel LAGACHE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques, par le Dr E. MINKOWSKI, Médecin Consultant à l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle (1 vol. in-8°, 402 pages, in *Collection de l'Evolution psychiatrique*, J. L. L. d'Arthey, administrateur, Paris, 1933).

La psychiatrie, écrit M. Minkowski, rapproche de la vie ; elle peut servir de correctif, non pas à la pensée philosophique, mais au philosophe qui la manie. Le fait de pouvoir appliquer des données générales sur le temps à des faits psychopathologiques les rend féconds et les anime d'une vie nouvelle. Le pathologique, en nous montrant que le phénomène du temps, et probablement aussi celui de l'espace, se situent et s'organisent dans la conscience morbide autrement que nous ne les concevons d'habitude, met en relief des caractères essentiels de ces phénomènes qui, en raison même du peu de distance qui nous en sépare dans la vie, passeraient inaperçus ou seraient considérés comme tout naturels.

La première partie de cet important travail s'intitule : *Essai sur l'aspect temporel de la vie*. Si le temps se présente comme un phénomène irrationnel, réfractaire à toute formule conceptuelle, il prend cependant, dès que nous essayons de nous le représenter, et d'une façon naturelle, l'aspect d'une ligne droite. Il faut donc qu'il existe des phénomènes venant s'intercaler et s'échelonner entre ces deux aspects extrêmes du temps, et rendant possible le passage de l'un à l'autre. Ces phénomènes, d'ordre spatio-temporel indiquent pourquoi et comment la pensée arrive, d'une façon toute naturelle, à assimiler le temps et l'espace. Ce sont la durée et la succession vécues, d'une part, et la continuité vécue, d'autre part. Le lien qui unit ces deux échelons est le « principe de déploiement ». L'élan vital, général et indéfini, illimité de par sa nature, crée et ouvre toute grande devant nous la perspective de l'avenir. Il donne un sens à la vie, constitue ce qu'il y a en elle de plus essentiel.

Mais comment l'élan personnel peut-il subsister en présence du devenir qui écarte de lui tout attribut ou, ce qui revient au même, submerge de ses flots, tout ce qu'il rencontre sur sa route ? Ici interviennent le caractère

superindividuel et la dimension en profondeur, le facteur d'intégration et de matérialité, le sentiment de limitation et de perte et son autre aspect qui est la propriété de recouvrement. Tels sont les caractères essentiels de l'élan personnel. L'opposition entre ce phénomène, ou plus exactement entre son facteur de limitation et le contact vital avec la réalité, synchronisme vécu, dont la contemplation et la sympathie permettent de montrer les traits constitutifs, amène l'auteur à rappeler les notions de schizoïdie et de syntonie. C'est à Bleuler que revient le mérite d'avoir montré l'importance de la façon d'être du malade par rapport à la réalité ambiante. M. E. Minkowski a présenté ailleurs (1) sa conception de la psychopathologie de la schizophrénie. Il met ici en valeur la nécessité du cycle formé par l'élan personnel, en tant qu'il creuse un fossé entre nous et l'ambiance, et par le contact vital avec la réalité en ce qu'il a d'harmonieux et de reposant.

Si l'on envisage la façon dont nous vivons l'avenir, avenir vers lequel notre vie est essentiellement orientée, l'idée de la solidarité spatio-temporelle s'impose avec la mise en relief des six phénomènes suivants : l'activité et l'attente nettement opposées l'une à l'autre quant à leur teinte affective, le désir qui est comme une représentation vécue de l'activité, et l'espoir qui nous libère de l'attente anxieuse, la prière, phénomène essentiel, mais exceptionnel, de la vie, intériorisation totale vécue, échelon suprême vers l'avenir, de l'espoir et de l'attente, et enfin la recherche de l'action éthique avec tous les problèmes que pose ce facteur. L'avenir, c'est l'idéal, c'est la recherche de l'action éthique, c'est la réalisation exceptionnelle de ce qu'il y a de plus élevé en nous. Décrits ainsi comme trois sphères concentriques, ces phénomènes rayonnent les uns autour des autres suivant ce que l'auteur exprime sous le nom de principe d'emboîtement.

De très intéressantes pages, consacrées à la mort et au passé, terminent la première partie de l'ouvrage consacrée à la mise en relief des principaux caractères du temps vécu. Ramener la conscience du passé à la fonction de la mémoire et celle de l'avenir à la prévision paraît ainsi également injustifié.

Le livre II, intitulé *Structure spatio-temporelle des troubles mentaux*, tend à l'édification, en maintenant le point de vue phénoménologique, et sans un parallélisme que la matière rendrait singulièrement fragile, d'une méthode destinée à l'étude des troubles psychopathiques.

M. E. Minkowski montre que les idées délirantes ne sont pas uniquement les produits d'une imagination morbide ou de troubles du jugement, mais représentent un essai du malade de traduire dans le langage du psychisme d'autant la situation inaccoutumée en présence de laquelle se trouve la personnalité qui se désagrège. Le sentiment d'emprise exercé aussi bien par les événements extérieurs que par les tendances intérieures se traduit par les idées d'influence. Peut-être la fonction d'immobilisation est-elle à la base de la constitution épileptoïde (glischroïdie de Mme Minkowska) comme l'on retrouve la perte de l'élan personnel à la base de la schizoïdie et le contact vital avec la réalité dans la syntonie ?

Le syndrome fondamental des psychoses hallucinatoires chroniques (écho, prise ou vol de la pensée, énonciation des actes, dialogues intérieurs, hallucinations psycho-motrices, influence à distance) décrit par M. G. de Clérambault sous le nom de syndrome d'automatisme mental, est formé de mani-

(1) E. MINKOWSKI. — *La Schizophrénie*, Payot, édit., Paris, 1927.

festations parcellaires comportant toutes un facteur d'ordre spatial. Structure toute différente du délire mélancolique, où tout se joue dans le temps. Et cette opposition, qui se ramène en fin de compte à l'opposition du temps et de l'espace, met encore davantage en relief l'intérêt qui s'attache à la conception de M. de Clérambault.

Ces faits conduisent à la recherche de troubles générateurs, les divers syndromes psychopathologiques étant l'expression d'une modification profonde et caractéristique de la personnalité tout entière. Il faudra pour cela pénétrer par delà les éléments idéiques et même les facteurs émotionnels d'un syndrome jusqu'à la structure intime de la personnalité morbide qui leur sert de charpente aux uns et aux autres. Ces troubles générateurs peuvent être désignés par l'expression de subduction mentale morbide, créée par Mignard dont M. E. Minkowski repousse comme trop générale la théorie de l'emprise organo-psychique.

Décrivant dans les troubles mentaux un double aspect idéo-affectif et structural, M. E. Minkowski désigne sous le nom de compensation phénoménologique des faits tels, par exemple, que les attitudes schizophréniques venant se mouler sur le cadre particulier de la conscience morbide. Il voit dans la tendance à l'expression idéo-affective la raison des différences individuelles dans le développement des manifestations psychiques secondaires au trouble générateur. La base de l'aspect structural des troubles mentaux se trouve dans l'analyse phénoménologique des rapports spatio-temporels du moi.

Les travaux antérieurs de l'auteur, inspirés de l'œuvre de Bergson, et où il décrit dans la perte du contact vital avec la réalité, le trouble essentiel de la schizophrénie, sont d'accord avec les notions exposées ici. Les travaux de M. Fischer font également ressortir dans cette affection une dislocation très profonde du phénomène du temps avec une prévalence du passé, lequel représente l'aspect le plus statique du temps vécu. La schizoïdie et la schizophrénie sont déterminées par une défaillance des facteurs syntones. L'une peut être considérée comme l'aggravation de l'autre.

La manie et la mélancolie reposent toutes deux sur une identique subduction dans le domaine de la syntonie normale. Les recherches de Straus et de Gebssattel mettent également en évidence le rôle des modifications du phénomène du temps dans le mécanisme des états de dépression mélancolique. L'analyse structurale de quelques formes particulières d'états dépressifs montre comment le mécanisme caractéristique de la dépression mélancolique peut venir se situer dans l'ensemble du psychisme ou s'associer à d'autres mécanismes en donnant lieu à des tableaux cliniques particuliers.

L'auteur, dans un chapitre consacré aux hypophrénies, états d'insuffisance soit congénitale soit acquise des facultés intellectuelles, passe successivement en revue la psychopathologie de la débilité mentale, de la démence sénile, analyse l'observation d'un cas de délire de négation chez un paralytique général et rappelle l'intéressante étude de Paul Courbon sur la psychologie de la vieillesse, époque de la sérénité et de la vie dans l'instant présent.

Mais il existe un espace vécu comme il existe un temps vécu, aussi indispensables l'un que l'autre à l'épanouissement de la vie. En terminant, M. Minkowski consacre à ce problème, récemment étudié par L. Binswanger, des pages intitulées « vers une psychopathologie de l'espace vécu » où il met en lumière les applications en psychopathologie des notions de distance vécue et d'ampleur de la vie, ainsi que les rapports avec l'espace du problème des hallucinations.

Une courte analyse d'un tel ouvrage ne saurait être que fragmentaire. Relation elliptique, elle ne peut rendre compte de la richesse des idées, de l'originalité des points de vue que l'on trouvera dans ce livre, profondément pensé, plein d'observations et de faits, d'une lecture attachante et qui tend à montrer, par la confrontation constante du normal et du pathologique, que toute une série de manifestations psychopathiques laissent apparaître des caractères essentiels lorsqu'on cherche à les approfondir sous l'angle du temps et de l'espace vécus.

René CHARPENTIER.

Contributions du Laboratoire psychiatrique de l'Université et de la Clinique Neuro-psychiatrique de Copenhague, vol. VI, par le Professeur August WIMMER (1 fort vol. in-8°, Levin et Munksgaards éditeurs, Copenhague 1934).

Bien qu'un grand nombre de travaux réunis dans ce volume, et parus de 1929 à 1933, aient été analysés pour les lecteurs des *Annales Médico-psychologiques*, il est pourtant nécessaire de signaler la publication de cet important volume, le sixième de la série, dans lequel on trouvera rassemblés 63 travaux qui traduisent l'importance de l'activité scientifique de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Copenhague, sous la direction et sous l'impulsion de M. le Doyen *Auguste Wimmer*.

Ecrits en plusieurs langues, ces travaux intéressent les diverses modalités (anatomie, embryologie, biologie, psycho-physiologie, clinique, etc...) de la neurologie, de la psychiatrie et de la médecine légale psychiatrique. On trouvera en particulier parmi eux des travaux de M. *Aug. Wimmer* sur les infections aiguës non supprimées du système nerveux, sur la psychanalyse, etc., de M. *Ellermann* sur la catalepsie de la bulbo-capsulaire chez l'homme, de MM. *Fog* et *Max Schmidt* sur l'hyperventilation, de M. *Hahnemann* sur le liquide céphalo-rachidien des schizophrènes, de MM. *Petersen* et *Sigurd* sur les types de Kretschmer, de MM. *Schrøder* et *J. Brøns* sur l'artério-sclérose cérébrale, etc., etc. Il est impossible de citer ici tous ces importants travaux dont la plupart sont consacrés aux acquisitions les plus récentes de la psychiatrie moderne.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude physio-pathologique de la démence précoce, par le Dr Guy-Pierre TOYE. 1 brochure in-8°, 100 pages. Travail de la Clinique des Maladies Mentales (Professeur EUZIERE) et du Laboratoire de Pathologie expérimentale (Professeur agrégé PAGÈS). Thèse, Mari-Lavit édit., Montpellier 1934).

Limitant strictement son étude à la démence précoce hébéphrénocatatonique, l'auteur expose une conception physio-pathologique que, malgré la multiplicité des facteurs étiologiques, il estime susceptible de conditionner, par l'unicité du processus lésionnel, l'unité clinique de ce syndrome.

Les divers aspects du problème conduisent à l'hypothèse d'un processus toxique ou toxi-infectieux entraînant une sorte de désengrènement entre le système de la vie végétative et le système de la vie de relation, sphère de l'orientation et de la causalité (Monakow et Mcurgue). Examinant les rap-

ports entre la démence précoce et la tuberculose, sur lesquels ont insisté récemment MM. d'Hollander et Rouvray, Donaggio, Toulouse, Valtis, Schiff et van Deinse, H. Baruk, Bidermann et Albane, etc., G.-P. Tøye conclut que la démence précoce, dans les cas où elle paraît en rapport avec l'infection tuberculeuse n'est pas une infection tuberculeuse à proprement parler, mais doit être considérée comme un syndrome abiotrophique paratuberculeux, c'est-à-dire relevant d'une exagération des processus biologiques de défense de l'organisme à l'égard des poisons tuberculeux.

Partant de ces constatations, que l'acide formique et l'histamine possèdent la propriété de produire expérimentalement la dégénérescence muqueuse de la névroglie ainsi que cela a été établi par Buscaïno, M. Tøye émet, d'autre part, l'hypothèse que l'immunité antituberculeuse de l'insecte pourrait être due à l'acide formique. L'intoxication par l'acide formique est en effet susceptible de produire des symptômes de la série arthritique, de cette « diathèse précipitante » (Lœper), terrain défavorable à l'évolution des lésions tuberculeuses.

De recherches personnelles entreprises avec la collaboration de M. Paul Jaulmes, recherches expérimentales actuellement en cours et dont cette thèse apporte les premiers résultats, M. G.-P. Tøye conclut que l'acide formique peut être mis en évidence chez certains déments précoces, que l'animal expérimentalement intoxiqué par l'acide formique présente des attitudes cataleptiques manifestes et un comportement spécial, que les injections d'histamine et d'acide formique associés chez le même animal additionnent leurs effets, aboutissant à un état de catatonie accentuée et à la mort, que l'addition de faibles quantités d'acide formique modifie les milieux habituellement favorables, à la culture du bacille de Koch, que le pouvoir allergique de la tuberculine est inhibé par la présence de faibles quantités d'acide formique.

Les résultats de ces expériences amènent à des suggestions thérapeutiques. Des tentatives en cours, très intéressantes et qui seront poursuivies, sont encore insuffisantes pour permettre de conclure soit à l'action thérapeutique de l'acide formique ou de l'histamine, soit à l'action de la tuberculine administrée à doses extrêmement prudentes et très faibles dans le but de tenter de rétablir l'équilibre humoral par une sorte de neutralisation du principe chimique en excès.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude de l'origine infectieuse des psychoses, par Pierre-Léopold NOGUIER. *Thèse Lille*. Imprimerie Vassal-Lemaître, Auchel (Pas-de-Calais) 1934.

Une infection peut créer de toutes pièces des psychoses anxieuses, des états maniaques et mélancoliques, des états démentiels précoces et toutes les manifestations de l'automatisme mental pathologique : telle est la conclusion de ce consciencieux travail, basé sur l'observation de 28 cas recueillis parmi les malades femmes de l'asile de Bailleul, suivis et discutés, thermomètre en main, comme témoin important, trop souvent négligé. La thérapeutique anti-infectieuse, quand elle pût être instituée tôt, arrête l'évolution de la psychose et amène la guérison. Durant 89 pages, l'auteur laisse parler les faits : ils sont éloquentes.

P. COMBEMALE.

A propos de quelques observations d'encéphalite épidémique à formes psychosiques. Considération sur l'importance du rôle des facteurs infectieux ou inflammatoires en psychiatrie, par Paul-Jean GUILBERT. *Thèse Lille*, Imprimerie Durand, Lille 1933.

Le titre de cet excellent travail situe très exactement les préoccupations de l'auteur et les conclusions auxquelles il est arrivé par l'étude des observations faites dans le service de son maître, le professeur Raviart. Il a pu recueillir un nombre important d'observations de séquelles mentales d'encéphalites épidémiques, et montrer que tous les syndromes mentaux peuvent être réalisés par cette infection. Elle ne serait pas seule à être psychogène, puisque les maladies mentales « sine materia » trouveraient leur origine dans une atteinte encéphalitique, par des agents étiologiques très divers. Il propose d'instituer une prophylaxie des maladies mentales par un traitement anti-infectieux après les maladies de l'enfance, et ne pas cesser celui-ci avant d'être certain que les lésions sont irréparables.

P. COMBEMALE.

Les signes physiques dans le délire hallucinatoire chronique, par Roger THERY. *Thèse Lille*, Imprimerie Lemaire et Bertin, Lille 1934.

S'adressant à une soixantaine de malades hommes de l'Asile d'Armentières, atteints depuis plus de dix ans de psychose hallucinatoire chronique, l'auteur relève, comme témoins neurologiques d'une atteinte nerveuse, des rotuliens exagérés (33 %), du tremblement des extrémités (31 %), des troubles vaso-moteurs des extrémités (30 %), des larmes médiocres ou abolis (25 %), inégalité pupillaire (15 %), tremblements fibrillaires de la face (13 %). Par contre, dans ces cas anciens, les réactions liquidiennes sont à peu près constamment normales.

P. COMBEMALE.

Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments, par le Docteur Amour LIBER, interne des Asiles de la Seine, 152 p. *Thèse*. M. Lac, éditeur, Paris 1933.

Ce travail, d'un tour très « behavioriste », est un modèle d'analyse objective des troubles mentaux. D'emblée, l'étude de la mémoire est placée sur le plan de comportement : il s'agit avant tout d'étudier une fonction d'acquisition. L'acte essentiel de la mémoire échappe à toute analyse, qui la décompose en séries associatives indéfinies. La notion de « conduite solutionnelle » (Köhler) est valable pour l'opération de mémoire. C'est dire que l'on sent à travers l'exposé des données psychophysiologiques que fait l'auteur, sa préférence pour la « gestaltpsychologie et le behaviorisme », plus peut-être que pour la « réflexologie ». Le but de l'ouvrage étant d'étudier la « mémoire de fixation chez les déments », l'auteur devait se heurter à de grandes difficultés inséparables de la fragmentation plus ou moins artificielle de l'acte de mémoire, il s'est tiré de ce mauvais pas avec honneur en traçant — et surtout en appliquant — les principes d'une méthode rigoureuse. Après avoir étudié la *fixation simple et continue*, il se trouve naturellement entraîné à donner plus de place que n'en laisse prévoir le titre, mais autant qu'en comporte sa conception de la mémoire, à l'étude de

l'apprentissage chez les déments. L'acquisition d'une technique, telle est l'épreuve essentielle qui forme le centre de la thèse. Son ingéniosité a montré à Liber le parti que l'on peut tirer d'un humble instrument : la pince de Pean. C'est son maniement qui fait le principal objet de ses observations, dont les protocoles nous révèlent la patience et la précision. Il aboutit à cette conclusion que si la loi de Ribot reste vraie dans son principe, elle doit être modifiée dans sa formule. La régression ne doit pas être exprimée en terme de « souvenirs » mais de « fonctions ». La fonction la plus profonde de la mémoire, celle qui en fait la clé de voûte de l'édifice intellectuel, la mémoire dite de fixation est celle qui disparaît en dernier. Ses troubles représentent un niveau de dissolution très profond et de mauvais pronostic. Tel se présente cet ouvrage d'inspiration naturellement américaine, mais écrit dans une excellente langue et conçu selon une exemplaire méthode françaises.

Henri Ey.

Contribution à l'étude du pronostic de la paralysie générale progressive par la pneumoencéphalographie (Contribuição para o estudo do prognóstico da paralisia geral progressiva pela pneumoencefalografia), par Edmur da COSTA PIMENTEL. 1 vol. in-8°, 84 pages, 30 figures. *Thèse de São Paulo*, 1933.

La ponction ventriculaire destinée à prélever du liquide céphalo-rachidien et à injecter de l'air dans la cavité encéphalique est un procédé d'exploration que l'auteur considère comme des plus utiles dans l'étude de la paralysie générale. Elle est devenue anodine, facile, donne des renseignements sur l'état du système nerveux central à la clinique et à la médecine légale. Elle fournit un état comparatif des deux ventricules latéraux, du volume de leurs divers prolongements. Elle permet de reconnaître les modifications subies par le 3^e et le 4^e ventricule, par les espaces sous-arachnoïdiens et notamment par la cavité sous-occipitale désignée sous le nom de « grande citerne ». La dilatation ventriculaire impliquerait constamment un pronostic fâcheux. Quand l'ensemble des cavités n'a subi qu'une augmentation faible, il est habituel de constater une rémission prochaine des troubles psychiques. L'auteur insiste sur la rareté du désaccord entre les renseignements encéphalographiques et l'évolution de la paralysie générale, notion qui peut devenir le critère des indications thérapeutiques.

P. CARRETTE.

Précis de Psychologie sexuelle, par Havelock ELLIS, trad. de l'anglais par Robert BOUVIER, Docteur en philosophie (1 vol. in-8°, 432 pages, Félix Alcan édit., Paris 1934).

Destiné surtout aux médecins et aux étudiants, ce précis résume les notions exposées par l'auteur dans sept volumes d'*Etudes de psychologie sexuelle* et s'occupe principalement des phénomènes sexuels normaux. En dépit de l'attitude sympathique qu'il eut dès le début (1898) à l'égard de la psychanalyse, l'auteur n'est cependant pas un disciple de Freud, vis-à-vis de qui il conserve une attitude sympathique, mais critique, dans cet exposé de la psychologie normale et pathologique de l'instinct sexuel.

A la description de l'impulsion sexuelle et des déviations sexuelles, l'auteur ajoute d'importantes considérations médico-légales et des conseils

concernant l'éducation sexuelle, l'hygiène sexuelle, les règles à appliquer au mariage, la thérapeutique des déviations sexuelles, etc.

Il insiste sur le caractère dynamique de l'impulsion sexuelle. La personnalité érotique, écrit-il, repose sur une association triangulaire entre le cerveau, le système endocrinien et l'appareil nerveux autonome qui règle les fonctions fondamentales de la vie. L'impulsion sexuelle est une force pour ainsi dire incalculable. L'effort de l'homme pour diriger cette force, alors qu'elle change constamment ainsi que lui-même et les conditions dans lesquelles il se meut, est inévitablement exposé à des périls. A plus forte raison quand l'impulsion est anormale.

L'élargissement de la « libido » de Freud selon la conception de Jung, au delà du sens primitif, la met en parallèle avec le « vouloir » de Schopenhauer, l'« élan vital » de Bergson.

La « sublimation » dont on fait remonter l'idée à Platon et à Aristote, et qui prit forme avec la naissance du catholicisme, est pour Freud la propriété de l'impulsion sexuelle physique, ou « libido » au sens étroit de cette expression, de se transformer en une activité psychique plus élevée ; elle cesse ainsi d'être ressentie comme un besoin physique urgent. Mais dans le processus même de la sublimation, quels que soient son prix, sa possibilité, une portion de l'impulsion sexuelle forme un résidu qui devra être dissipé normalement, ou cherchera une issue sous forme de troubles neuropsychopathiques.

L. R.

L'étrange vie et les étranges amours d'Edgar Poe, par Émile LAUVRIÈRE (1 vol. in-8° écu, XVIII-584 pages, in *Collection « Temps et Visages »*, Desclée et Brouwer et C^{ie} édit., Paris 1934).

Auteur des deux émouvants volumes sur la tragédie Acadienne si justement remarqués en France et au pays de Québec, M. Emile Lauvrière était tout particulièrement qualifié pour analyser la vie étrange et douloureuse d'Edgar Poë. Sa thèse de doctorat ès lettres, consacrée au poète, avait été couronnée à la fois par l'Académie Française et par l'Académie de médecine. Agrégé d'anglais, attiré vers l'histoire du Nouveau Monde, non seulement par la lutte angoissante des victimes acadiennes du « Grand Dérangement » de 1755, mais par la résistance miraculeuse de ces descendants des explorateurs et colons français groupés autour de leurs clochers dans la Nouvelle-Angleterre, la Nouvelle-Orléans et jusque dans le Far-West, M. Lauvrière devait s'intéresser à la tragique aventure de cet Américain, né à Boston en 1809, et dont l'origine celtique est incontestable. Sa « personnalité énigmatique », sa « nature hamletique » (Harrison), son « âme shakespearienne » sollicitaient autant l'analyse psychopathologique que l'étude littéraire d'une œuvre singulière. Car l'originalité de son œuvre classe Edgar Poë parmi les grands maîtres de la prose et de la poésie, non seulement de la littérature anglo-saxonne, mais du monde entier.

Aux sources de cette originalité particulièrement intéressantes pour le psychiatre, il a été consacré de nombreux travaux. Edgar Poë lui-même écrivit un jour : « Les hommes m'ont appelé fou, mais la science n'a pas encore décidé si la folie est ou n'est pas la plus haute intelligence, si tout ce qui est profondeur ne vient pas d'une maladie de la pensée, de modes de l'âme exaltés aux dépens de l'intellect général... Ce que le monde appelle génie,

« ajoutait-il, est une maladie mentale qui résulte de la prédominance excessive de quelques facultés. »

Laissons de côté ici ces développements littéraires sur la parenté du génie et de la folie. Ne retenons que les faits et suivons M. Lauvrière dans la consciencieuse et patiente étude où il reprend, après trente années, avec une documentation écrasante, le sujet de sa remarquable thèse et l'histoire pathétique d'Edgar Poë. Asymétrique, strabique, scaphocéphale, celui-ci, sur lequel pesait une lourde hérédité alcoolique, marqua dès l'enfance et l'adolescence un déséquilibre que soulignent son instabilité et son hypersensibilité. Sa sœur Rosalie était une arriérée. Quand il a neigeé sur les pères, disait magnifiquement Victor Hugo, l'avalanche est pour les enfants.

D'une intelligence vice et précoce, il présenta, dès l'âge de 15 ans, une période de dépression. A 17 ans, il se mit à boire, non pas d'une façon continue, mais sans plaisir, par accès souvent espacés, desquels son biographe met en évidence les caractères dipsomaniaques. On comprend ainsi que certains des admirateurs de Poë aient pu nier « l'alcoolisme de ce buveur d'eau ». Il supportait très mal la boisson : après avoir bu un seul verre de rhum, il était ivre. Et c'est vraisemblablement vers sa vingt-cinquième année qu'il se mit, à Baltimore, à prendre de l'opium, du laudanum et de la morphine. Certaines de ses œuvres sont remplies, non seulement d'allusions directes à la drogue, mais de ce décor d'images, d'associations caractéristiques.

Ses accès de dépression s'étaient d'ailleurs multipliés. Dans une lettre écrite en 1835, alors que la Fortune commence à lui sourire, il exprime un état mélancolique typique au cours duquel son entourage redouta le suicide. Plus tard encore, il écrira : « Ma tristesse est inexplicable, et je n'en suis que plus triste. »

L'hypothèse d'accès dipsomaniaques au cours d'une psychose périodique s'impose à l'esprit. Gilbert Ballet a bien mis en lumière les caractères de ces dipsomanies périodiques. D'autant que, chez Edgar Poë, les périodes de dépression alternaient souvent avec des états d'exaltation, des élans passionnés. Le double aspect de son humeur, l'existence aussi de périodes intercalaires qui se traduisent dans les opinions opposées de ceux qui le fréquentaient, se reflètent dans sa correspondance, dans ses œuvres, dans ses actes, dans ses fugues. Tantôt extrêmement nonchalant, tantôt prodigieusement actif, disait-il de lui-même, « je me suis ainsi perdu en rêves et en courses errantes pour m'éveiller en proie à une sorte de manie d'écrire. Alors, je griffonne toute la journée, je lis toute la nuit, tant que dure cette maladie. »

Vers la fin de sa vie, les accès d'ivresse se rapprochèrent, les moments de lucidité se firent plus rares, des idées de persécution et des « accès d'orgueil » firent leur apparition. Il se plaignit de « l'acharnement des auteurs américains à rabaisser son génie et à dénigrer ses œuvres ». Il déclara à un certain Hopkins : « Ma nature tout entière se révolte à l'idée qu'il peut y avoir dans l'Univers quelque Être supérieur à moi. » Un jour qu'il se rendait à New-York, il crut entendre des inconnus, assis dans le wagon à quelque distance de lui, comploter sa mort et parler de le jeter par la portière. Pour ne pas être reconnu et échapper à ses persécuteurs, il se fit même couper la moustache. Et le 7 octobre 1849, après des derniers jours lamentables, il mourut à Baltimore, au Washington Hospital, au cours d'un état de délire alcoolique aigu. Il était âgé de 40 ans.

Mais il faut lire en entier cet ouvrage captivant où l'auteur suit pas à pas cette vie douloureuse et cahotée, l'expliquant, ainsi que l'a fait justement

observer Jean Richepin, sans cesser d'être « très respectueux » et « très affectueux ».

Des appendices traitent de l'influence d'Edgar Poë en France où l'engouement de 1856-1857 fut suivi d'une réaction brutale et injuste. D'autres montrent l'intérêt attaché à la vie et à l'œuvre d'Edgar Poë par la psychiatrie et, plus récemment, par la psychanalyse dont M. Lauvrière repousse le « fil conducteur » et où il voit, avec Lucien Descaves, « une mode de ce temps ».

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Théorie cérébrale de l'immunité et de l'anaphylaxie, par S. MARBAIS.
1 volume, in-4°, 432 pages. Norbert Maloine, Editeur, Paris 1934.

Le traitement d'une affection locale doit être appliqué localement et exige l'emploi de l'agent pathogène lui-même. C'est ainsi qu'un sujet atteint de gelures des mains doit être frictionné avec de la neige. Cette considération achève les conclusions de l'important travail de Marbais. Malgré l'intérêt du fait en lui-même et des considérations de pathologie générale dont il procède, ce n'est certainement pas uniquement pour en fixer le principe que l'auteur a continué vingt-six années durant les expériences entreprises en 1907 et destinées à aboutir en deux ou trois ans. Depuis cette époque, déjà lointaine au regard de la physiologie, des progrès considérables ont été réalisés dans l'exploration du système nerveux et des glandes endocrines. Puis vint la chronaxie. L'exploitation du matériel physiologique moderne n'a fait que confirmer l'auteur dans sa théorie : c'est le cerveau qui commande toutes les réactions organiques. C'est ainsi que la tuberculose pulmonaire du sommet droit exprime la souffrance de l'hémisphère cérébral gauche. Un foyer inflammatoire est un réflexe de longue durée dont le point de départ est une sensation. L'immunisation vient du cerveau et la pathologie est l'histoire de l'antigène et de la réaction anaphylactique se traduisant par des modifications de la chronaxie.

Tous les problèmes médicaux sont donc envisagés par Marbais de ces points de vue. Les modifications de l'excitabilité cérébrale s'expriment imparfaitement par le langage des biologistes. En effet, le terme d'hyperexcitabilité désigne l'emploi d'une stimulation plus forte pour provoquer une réaction ; s'il y a effort plus considérable, il y a en réalité passivement hypoexcitabilité. L'auteur garde le terme d'excitabilité pour désigner la réaction de mesure et, faute d'un substantif pour faire saisir la manifestation biologique elle-même, il crée un néologisme avec son patronyme comme radical et il appelle *marbaisibilité* « une réaction générale de défense qui a lieu lorsqu'un antigène impressionne le cerveau ».

On peut voir, à la suite des recherches de l'auteur sur la chronaxie, quel champ merveilleux de découvertes s'offre au lecteur, depuis la tétanie expérimentale jusqu'au diagnostic des tumeurs. Les modifications de la chronaxie sont exposées à propos du rire comme à l'occasion de l'inhalation du romarin ou de l'alimentation du lapin par le jus d'échalotte. Elles fournissent enfin la solution de problèmes sociaux délicats comme la recherche de la paternité, le diagnostic de la grossesse et celui du sexe du fœtus.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Médecine et éducation, par les Docteurs G. MOURIQUAND, M. PÉHU, P. BERTOYE, J. BARBIER, P. VIGNARD, P. MAZEL, P. D'ESPINEY, Abbé MONCHANIN, R. P. CHARMOT (1 vol. in-8°, 236 pages, in *Éditions du Groupe Lyonnais d'Études médicales, philosophiques et biologiques*. Librairie Lavandier, Lyon, 1934).

La collaboration du médecin à l'œuvre de l'éducation apparaît nécessaire à tous ceux qui se préoccupent de réaliser le développement intégral de l'enfant en une santé harmonieuse et un magnifique épanouissement intellectuel et moral. Le Groupe lyonnais d'Études médicales, philosophiques et biologiques publie ici sur cet important sujet les leçons de l'expérience de Maîtres parmi les plus réputés de l'Ecole lyonnaise.

Dans l'introduction, le *Fr. Charmot, S. J.* fait successivement le procès des éducateurs (collèges, familles, éducateurs), opposant trop souvent aux leçons de l'expérience soit la rigidité de leurs règlements, soit leurs préjugés et leurs maladresses, et le procès des médecins qui franchissent parfois, au détriment de la vraie éducation, les limites de leur compétence et de leurs fonctions.

Les grandes phases du développement de l'enfant sont résumées en une magistrale étude synthétique par le *Professeur Mouriquand*. Le premier éveil de l'activité psychique est décrit par le *D^r Paul Bertoye* qui insiste sur la part d'interprétation personnelle des faits des théories de Freud et d'Otto Rank et rappelle que les divers organes des sens arrivant à leur stade de perception consciente vers le sixième mois, c'est à ce moment qu'il faut commencer l'éducation. Le *D^r Jean Barbier* situant la place des réflexes conditionnels dans l'éducation, montre l'importance des conditions indispensables à leur constitution, la complexité, la fragilité de ces réflexes et combien rapidement l'éducation déborde de leur cadre. Traitant des insuffisances de développement le *D^r Paul Vignard* spécifie les conditions d'efficacité de la culture physique qui toujours doit être variée, récréative, avoir un caractère d'utilité et n'être jamais monotone.

Les symptômes et les causes de la nervosité sont analysés avec soin par le *D^r Péhu*, qui met en lumière les qualités, et en particulier, la continuité tenace, nécessaires au redressement par la famille des irrégularités psychiques constitutionnelles ou acquises de l'enfant. Le *D^r Pierre d'Espiney*, à propos du problème de l'éducation sexuelle, estime qu'en matière d'initiation, il ne peut y avoir que des cas d'espèces, ce rôle, suivant l'occasion, pouvant être assumé opportunément par les parents, les éducateurs, le prêtre ou le médecin, et toujours en accord avec les parents.

Le problème capital de la délinquance juvénile, est remarquablement exposé par le *professeur agrégé Pierre Mazel*. Il en indique l'étendue, en distingue les causes psychiatriques et sociales et montre que, 9 fois sur 10, l'enfant délinquant a été moralement abandonné par sa famille. Rappelant que, suivant l'aphorisme de Lacassagne, les sociétés ont les criminels qu'elles méritent, il signale les lacunes de la loi du 22 juillet 1912 et de l'organisation matérielle de l'assistance aux psychopathes délinquants, soulignant à juste titre l'intérêt du Centre de Triage des enfants anormaux et délinquants institué à Lyon, avec l'appui de M. le Procureur général Gros et sous la direction du Professeur Etienne Martin. Et la lutte de la délinquance juvénile, comme celle de la criminalité en général est étroitement liée à la prophylaxie des autres fléaux sociaux : taudis, syphilis, tuberculose, alcoolisme.

En conclusion, il était réservé à l'Abbé J. Montchanin, sous le titre « Santé, Sagesse, Sainteté » de montrer que la santé est équilibre, harmonie, réceptivité à la sagesse : même réalité à deux faces, l'une tournée vers le monde et l'autre vers l'esprit. L'humaine sagesse est santé de l'esprit. Au-delà de la sagesse qui ne peut se considérer comme le terme dernier, se situe l'ordre de la sainteté.

Ce livre sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent au problème capital de l'éducation, c'est-à-dire à l'avenir de notre pays. Il sera suivi l'an prochain d'une nouvelle série d'études similaires, grâce à la continuité de l'effort de ce groupe lyonnais dont le Dr René Biot est l'animateur et auquel nous devons déjà d'intéressants volumes, publiés en collaboration, sur la sexualité, l'hérédité et les races, les rythmes et la vie, formes, vie et pensée.

René CHARPENTIER.

Les drames et les angoisses de la jeunesse, (Jeunesse normale et jeunesse morbide), par le Dr GILBERT-ROBIN, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris (1 vol. in-12, 282 pages, Ernest Flammarion édit., Paris 1934).

Bien que ce livre du Dr Gilbert-Robin soit écrit pour le grand public, certains chapitres, sur les suicides des adolescents, sur la psycho-pathologie de l'adolescence, sur les pervers, sur le problème sexuel, etc., chapitres dans lesquels sont rapportées d'intéressantes et nombreuses observations cliniques, doivent être signalés ici. L'auteur, qui traite avant tout de la crise de l'adolescence, décrit les divers aspects qu'elle peut revêtir suivant les sujets, en dégage les éléments psychologiques essentiels, et s'attache à mettre en lumière l'influence des conditions sociales, économiques, morales, du temps présent sur la jeunesse actuelle.

C'est une tâche bien délicate que d'écrire sur la jeunesse en fonction de l'actualité, tâche dans laquelle l'auteur risque d'être vite dépassé par les événements. Il semble bien, à qui fréquente la jeunesse et à qui l'aime, qu'entre les adolescents actuels et leurs aînés de quelques années, bien des différences pourraient être notées. Peut-être même n'est-il pas trop audacieux de penser que les adolescents d'aujourd'hui paraissent, par certains côtés, plus près ou, si l'on veut, moins éloignés que ceux d'hier d'adolescents d'avant-guerre que nous avons bien connus..

Peut-être aussi le sujet choisi par l'auteur, le titre romantique qu'il lui a donné et la nature de ses occupations professionnelles ont-ils, non pas noirci le tableau trop souvent exact de l'inquiétude des jeunes, mais étendu la tache noire au-delà de ses limites. De même qu'à ce point de vue, certains adultes gardent pendant toute leur vie des attributs de jeunesse, de même beaucoup de jeunes, précocement mûris, ne s'attardent pas à les conserver. Si les tempêtes font chavirer des faibles ou des mal dirigés, elles font aussi des âmes solidement et précocement trempées.

Puissent les ombres de cette description faire comprendre à tous l'importance, dans l'éducation et la direction de l'enfant, des notions d'hygiène et de prophylaxie mentale. Le dépistage hâtif des anomalies psychiques de l'enfance est un problème capital de la prophylaxie individuelle et sociale. Avec la lutte contre les fléaux sociaux qui les conditionnent ou les accompagnent si souvent, le traitement des premiers symptômes du déséquilibre intellectuel, affectif ou moral est la condition première de la prophylaxie

de la délinquance et de la criminalité. Nul n'en pourra douter après la lecture des faits exposés par l'auteur de ce livre, auquel il faut donc souhaiter, comme il le mérite, un grand nombre de lecteurs.

René CHARPENTIER.

Principes et technique d'une politique de la santé publique, par René BIOT. Cours professé à la Semaine Sociale de Reims, juillet 1933. Une brochure, in-8°, 60 pages, *Chronique Sociale de France*, Lyon.

Les idées développées par René Biot sont d'une belle élévation. La médecine sociale, telle qu'il la conçoit, ne consiste pas à appliquer un certain nombre de principes de prophylaxie et de traitement, propres à maintenir la meilleure santé possible. Toute tentative sociale doit tenir compte des institutions naturelles, assurer la prospérité des groupements, et du premier de tous, la famille. L'auteur admet l'importance de la technique et il étudie longuement les mesures d'hygiène et d'éducation collectives, mais des fins matérialistes ne lui suffisent pas. A la prophylaxie des maladies vénériennes, il préfère la prescription de la chasteté ; à l'avortement légal et à la stérilisation, l'éducation et la protection de la mère, l'assistance de l'enfant. Pas de bonne hygiène sociale sans morale. La médecine vraiment humaine doit veiller à la santé de l'esprit comme à celle du corps, elle n'est pas une simple zootechnique ; elle s'applique à connaître les besoins des déshérités et à mener de pair leur guérison physique et leur élévation morale.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Le Régime alimentaire des asiles d'aliénés. I. Considérations générales, par MM. Julien RAYNIER et Henri BEAUDOUIN, avec la collaboration de MM. R. BRIAU et A. PINARD (1 brochure 88 pages, extrait de *L'Aliéniste français* Mars, Avril et Mai 1934).

Nul n'était plus qualifié que MM. J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN, dont les importants travaux sur l'Administration des Etablissements consacrés aux aliénés, sont indispensables à tous ceux qui s'intéressent à l'Assistance psychiatrique et à sa législation (1), pour mettre au point les tendances médicales et administratives de cet élément fondamental de l'assistance asilaire qu'est le régime alimentaire des aliénés. Là encore, il est inutile de faire remarquer l'importance, la nécessité de cette collaboration médico-administrative que les publications de MM. Raynier et Beaudouin mettent si bien en évidence et contribuent efficacement à resserrer pour le plus grand bien des malades. A côté de la diététique thérapeutique, il faut prévoir une hygiène alimentaire minutieuse, visant la prophylaxie des infections en général, des infections d'origine digestive, des malades par carence, et les moyens d'accroître la résistance de l'organisme.

Après avoir rappelé les notions physiologiques qui conditionnent la ration

(1) J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN. — *L'aliéné et les Asiles d'aliénés*. Assistance, législation, médecine légale, 2^e édition (Le François, édit., Paris 1930). Voir *Ann. Méd. psych.*, mai 1931.

alimentaire normale, le rôle des principaux aliments, les notions générales d'hygiène alimentaire et digestive, les règles de l'alimentation dans les conditions normales, les régimes indiqués dans les états pathologiques aigus ou chroniques, et le régime alimentaire qui convient dans les principaux syndromes mentaux aigus ou chroniques, les auteurs indiquent les grandes catégories de régimes qu'il y aurait lieu d'établir dans les asiles par voie réglementaire. A côté du régime normal, régime-étalon, ils prévoient le régime des travailleurs, le régime des enfants, le régime de déperdition azotée, le régime hypo-azoté, le régime lacté intégral, le régime lacto-ovo-végétarien, le régime déchloruré. L'établissement de catégories suffisamment adaptées serait de nature à assurer aux malades le régime qui leur convient tout en facilitant la tâche de tous : médecins, services économiques, agents chargés de la préparation, etc.

Après les textes réglementaires actuels et les tableaux annexes, on trouvera dans ce premier article (page 61) les judicieuses critiques des errements actuels présentées par le Dr Raynier dans son *Rapport d'Inspection générale*, de 1923. Certaines des réformes qu'il préconisait dans ce Rapport ont été appliquées avec succès par l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), sous la direction éclairée du Dr Mézie. Il est intéressant d'en consulter ici les tarifs d'allocations et les répercussions budgétaires. Rien ne s'opposerait d'ailleurs à ce que cet exemple fût suivi, des révisions particulières soumises à l'approbation ministérielle légale étant réalisées comme prologue à une révision ultérieure souhaitable du *Règlement officiel du service intérieur des Asiles publics d'aliénés* du 20 mars 1857. Ce règlement n'est d'ailleurs qu'un modèle admettant les modifications que peuvent exiger la nature ou l'importance des établissements, les habitudes locales, etc.

Des expériences complémentaires de l'expérience partielle de Fleury-les-Aubrais, seraient très intéressantes et contribueraient à la mise au point d'une réforme qui s'impose et dont MM. Raynier et Beaudouin et leurs collaborateurs ont excellemment posé, dans ce premier mémoire, les données complexes et les bases indispensables.

René CHARPENTIER.

Considérations sur le traitement de la paralysie générale par le Stovarsol, par le Dr Louis FILHOL. *Thèse Leconte édit.*, Marseille 1934.

M. Filhol a constaté avec le traitement stovarsolique 20 0/0 d'échecs, 56 0/0 d'améliorations incompatibles avec la vie sociale, 20 0/0 d'améliorations avec réadaptation sociale et un seul cas (3 0/0) que l'on peut considérer comme une guérison. Le médicament est injecté par voie hypodermique, suivant la méthode classique de Sezary et Barbé. Pour M. Filhol, la malariathérapie se montre plus active que le stovarsol, mais présente plus de dangers. C'est pourquoi beaucoup d'auteurs préfèrent ce dernier. Remarquons que, pas une seule fois, l'auteur ne signale chez ses malades améliorés les idées de persécution qui sont si fréquentes dans ces cas. Cela tient probablement à ce qu'il n'a revu ses malades qu'à la consultation externe de la clinique neurologique du professeur Roger et non dans un service d'hospitalisation. Notons aussi que les réactions sérologiques sont restées constamment positives dans le liquide céphalo-rachidien. Huit des cas considérés sont des tabo-paralysies, et chez tous ces malades, même celui qui a guéri au point de vue mental, les phénomènes tabétiques ont persisté comme il est de

règle. Parmi les cas malheureux, signalons celui publié par P.-L. Wahl et Le Goiraut dans lequel des gommès du creux poplité gauche ont évolué pendant le décours de la maladie. L'ultime conclusion de ce travail à laquelle on peut se rallier est : traitemest d'attaque de la paralysie générale par une pyrexie (paludisme expérimental, électricité ou autre) cures d'entretien par le stovarsol, ou un autre arsenic pentovalent.

M. WAHL.

Contribution à l'étude de la sulfopyrétothérapie de la paralysie générale progressive (A sulfopiretotapia na Paralisia Geral Progressiva : Contribuição para o seu estudo), par Mario YAHN. *Thèse de São-Paulo*. Un vol. in-8°, 158 pages, 28 mars 1933.

Le traitement utilisé contre la syphilis doit être précoce et intense en face de la moindre menace d'accidents nerveux. On sait que les cures mal dirigées favorisent les localisations cérébro-médullaires. Yahn préconise la pyrétothérapie dès le début, mais réserve la question technique. Certains paralytiques, des syphilitiques présentant une réaction méningée, ne supportent pas l'impaludation. Chez d'autres, elle ne donne pas les réactions espérées. La sulfothérapie, à l'avantage du contrôle thermique facile, joint une efficacité qui paraît liée à l'intensité de la poussée thermique et aux réactions locales. L'auteur emploie une solution huileuse de soufre à 8 0/0 ; les injections intramusculaires, à des doses qui s'échelonnent de 3 à 12 cms. Les troubles généraux qui accompagnent l'élévation thermique sont parfois assez impressionnants, mais ils cèdent rapidement et ne présentent aucun caractère de gravité. Les altérations humorales ont été favorablement influencées et l'amélioration clinique a pu être constatée dans 45,5 0/0 des cas.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Mineurs abandonnés et délinquants dans la province de Córdoba [Argentine] (Menores desamparados y delincuentes en Córdoba), par M. Gregorio BERMANN. 2 vol., in-4°, 298 et 256 pages. *Editions des Talleres Gráficos de la Penitenciaría, Córdoba 1933-34.*

Professeur à la Faculté de Médecine de Córdoba, directeur de l'Institut neuropsychiatrique et chef d'une consultation des maladies mentales à l'Hôpital des Enfants, le Dr Gregorio Bermann présente aujourd'hui un important ouvrage sur l'insuffisance des moyens d'assistance pour les enfants anormaux et l'ensemble des mesures qui s'imposent dans la province argentine de Córdoba. Depuis 1930 surtout, le mouvement en faveur de l'Hygiène mentale a progressé, mais l'auteur déplore qu'il n'en soit encore qu'à sa période théorique. Beaucoup de réunions se sont tenues ; d'importantes considérations cliniques ont été présentées avec des essais thérapeutiques isolés ; des vœux ont été émis ; toutefois, aucune réalisation sérieuse n'a changé la face des choses, alors que des œuvres d'assistance ont vu le jour et se développent largement aux États-Unis, en Europe centrale, en France, en Grande-Bretagne.

La délinquance juvénile est considérable à Cordoba. Dans les milieux ouvriers, les conditions d'hygiène alimentaire et physique sont défec-tueuses, les chefs de famille ignorants ou insouciant. Dans certaines régions, 30 %, dans d'autres 60 % des enfants sont atteints de forme bénigne de goitre. Le personnel qui devrait être chargé des enquêtes, de l'ensei-gnement est inexistant. La prostitution clandestine atteint des proportions anormalement élevées. On sait qu'elle conduit fréquemment à la délin-quance. L'auteur présente quelques types cliniques de jeunes sujets per-vers instinctifs ou dont les tendances se sont développées à la suite d'encé-phalites, influencés par l'exemple familial, celui de l'atelier ou des specta-cles cinématographiques, inculpés de délits ou de crimes : vols, attaques à main armée, vagabondage, tentatives d'empoisonnement. Le problème de l'assistance demande une solution urgente : le nombre des mineurs pré-venus a quadruplé en 3 ans à l'Asile des Garçons de la capitale.

M. G. Bermann réclame la création d'un organisme central de 5 membres et d'une loi d'Assistance. Pratiquement, il expose un programme minimum qui comprend le fonctionnement de Tribunaux de Mineurs, la fondation d'une Colonie familiale et d'Asiles : écoles spéciales d'arriérés, d'anormaux, de délinquants ; de dispensaires ; de services d'enquêtes familiales ; enfin la réforme des organisations existantes. L'auteur estime que le travail de vulgarisation, de dispersion des idées est capital, que parallèlement à l'édi-fication des établissements spéciaux, il faut adapter l'esprit public laissé dans l'igno-rance, l'incurie et abandonné aux soucis exclusivement maté-riels. Il reprend la parole d'un homme d'état suédois — et c'est par là qu'il termine : — « nous dépensons pour l'enfance parce que nous ne sommes pas assez riches pour nous permettre le luxe d'entretenir les criminels ».

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le suicide : thèse psychiatrique et thèse sociologique. A propos d'un livre récent par Max BONNAFOUS. *Revue philosophique*, mai-juin 1933.

Critique de la critique apportée par Ach. Delmas à la thèse sociologique du suicide et efforts, à la vérité non démonstratifs, pour légitimer cette affirmation que « la statistique est aujourd'hui une science ». Par contre, très intéressantes considérations sur l'extrême rareté du suicide dans l'asile tunisien, son absence dans l'asile marocain, son apparition récente dans les asiles turcs en ces toutes dernières années, depuis la modernisation de la Turquie et son exceptionnelle constatation chez les noirs musulmans ; d'où incontestable preuve de l'importance des causes sociales dans la genèse du suicide.

Paul COURBON.

Psychose mixte. Paranoïa maniaque dépressive, par J. CAPGRAS. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 13, pp. 422-436, 15 juillet 1933.

Les idées de grandeur et de persécution surajoutées à la manie et à la mélancolie donnent une psychose mixte : délire surajouté à la psychose intermittente. Une vraie paranoïa maniaque-dépressive serait rare. L'élément constitutionnel est en effet difficile à définir ; des facteurs occasionnels, toxico-infectieux, interviennent généralement. Pratiquement, Capgras ramène le problème de l'association morbide envisagée ici à cette conclusion : la psychose maniaque-dépressive est simple ou compliquée. Dans le premier cas, elle est typique, franche. Dans le second cas, elle revêt des allures changeantes, réalise parfois l'état mixte, s'encombre d'éléments délirants ou confusionnels, d'obsessions, de tendances mystiques ou processives. Dans ce dernier cas, il n'y a pas combinaison de deux groupes pathologiques, mais bien éclosion de la psychose maniaque-dépressive sur un terrain particulier que Kræpelin a dénommé paranoïaque, psychose qui est une des formes de ce que Magnan appelait la folie intermittente des dégénérés.

P. CARRETTE.

La notion de réalité chez les délirants, par J. BONHOMME et H. PICHARD. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 2, pp. 9-26, 1933.

MM. Bonhomme et Pichard considèrent, chez le délirant, trois sortes d'orientation par rapport à la réalité : le délirant affectif, l'imaginatif à tendances partiellement irréelles et l'anxieux attaché au réel jusqu'à la limite du délire. D'un point de vue objectif l'intensité du réel passe par les degrés suivants : anéantissement sans souvenir avec construction d'une réalité personnelle ; effondrement progressif par envahissement d'un état affectif ; déformation ; utilisation intacte comme moyen de défense. L'exploitation de l'irréel est considérable dans la vie normale mais l'étude de son influence ne peut servir à expliquer l'état délirant : il y a dans le délire une perte de contrôle permanent dont le mécanisme nous échappe.

P. CARRETTE.

L'obsession de négation, par Raymond MALLET. *La Presse Médicale*, n° 46, pp. 925-926, 10 juin 1933.

Pas plus que les autres obsessions, celle de négation n'aboutit au délire ; son pronostic n'en est pas moins grave. Les efforts de contrôle du malade, son inquiétude le conduisent parfois au suicide. Les psychanalyses feraient du sujet de Mallet un cas de narcissisme, d'autisme qui a mal tourné, mais comme le note justement l'auteur, on ne saurait limiter les investigations de tels syndromes au domaine psychologique. Il est impossible que le système sensitivo-sensoriel ne soit pas profondément touché. L'élément intellectuel est dissocié et il l'est dans une direction déterminée, parce que ses relations avec les faits affectifs et sensitifs sont profondément troublées.

P. CARRETTE.

Sur la psychogénèse et la valeur pronostique du Syndrome de Cotard, par O. LOUDET et L. M. DALKE. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, tome XX, n° 119, octobre 1933, et *Archivos argentinos de Neurologia*, tome IX, n° 1, sept. 1933).

Le syndrome de Cotard est constitué par un complexe de symptômes bien définis et logiquement enchaînés en leur évolution pathogénique. Il en existe des formes cliniques complètes ou incomplètes et frustres. Le syndrome de Cotard ne constitue pas un ensemble inorganique d'idées de négation, sans valeur nosologique et pronostique, comme l'a prétendu Camuset au Congrès de Blois de 1892, mais un véritable délire systématisé secondaire, qui apparaît dans les états de mélancolie anxieuse et chez les hypochondriaques chroniques. Ce syndrome est toujours grave, mais il ne comporte pas fatalement un pronostic de chronicité. Il peut se présenter sous forme de délire systématisé aigu ou chronique. Il est susceptible de guérir, surtout dans les mélancolies anxieuses symptomatiques et quand il survient chez des sujets relativement jeunes. Les auteurs illustrent leur travail par une observation clinique, qui s'est terminée par une guérison complète et définitive.

LAUZIER.

Délire de négation chez un paralytique général, par E. MINKOWSKI. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 2, pp. 29-42, 1933.

L'auteur analyse l'évolution d'un délire de négation débutant à l'occasion de la malariathérapie chez un paralytique général. On a souvent répété que l'organisation d'une activité délirante chez le dément paralytique impaludé devait être interprétée comme une amélioration, comme une transformation de l'incohérence psychique en une construction d'allure schizophrénique. Ce n'est pas précisément le cas dans l'observation de Minkowski. Deux épisodes favorables entrevus au cours de l'évolution prouvent que le délire de négation est ici l'expression d'un bouleversement profond de la structure même de la vie mentale. Dans ses rémissions d'autres facteurs s'améliorent également. L'édification du délire est progressive, mais son thème n'emprunte guère aux abstractions comme chez le schizophrène ; il s'étend aux idées d'intérêt pratique concentriquement selon ce que Minkowski appelle le « principe d'emboîtement ».

P. CARRETTE.

Les états anxieux (Anxiety States), par E. A. BENNET. *The Irish Journal of Medical Science*, n° 90, pp. 252-257, juin 1933.

Ces notes sont consacrées à des remarques de terminologie, de pathogénie et de traitement. L'auteur attache une grande importance aux notions freudiennes et conseille au médecin qui veut guider son patient de s'efforcer à pénétrer le symbolisme des manifestations morbides et de veiller à ne pas établir de confusion entre l'importance apparente des événements psychiques et le choc réel perçu. L'analyse mentale est indispensable ; elle doit préluder à l'institution d'une ligne de conduite et éviter les retours sur les erreurs anciennes du comportement, réactifs de l'angoisse.

P. CARRETTE.

L'anxiété paludéenne, par LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON. *La Vie Médicale*, n° 10, pp. 501-503, 25 mai 1933.

Des intoxications comme l'alcoolisme, des infections comme le paludisme entraînent des variations humorales et un déséquilibre nerveux qui se traduit par de l'angoisse, de l'anxiété et, en cas d'association toxi-infectieuse, par de la confusion. Entre la cause et l'anxiété, il faut introduire un facteur très général : c'est l'insuffisance hépatique. Elle est dans certains cas assez discrète pour ne pas attirer l'attention du clinicien, mais l'exploration chimique de ses fonctions décèle alors l'atteinte du foie.

P. CARRETTE.

La non-organisation et la désorganisation psychiques au cours des psychoses (Nonorganization and Disorganization of the Personality during Psychoses), par Oskar DIETHELM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 6, pp. 1289-1304, juin 1933.

Les psychoses chroniques du type schizophrénique surviennent parfois à la suite d'accidents passagers et répétés qui donnent tout d'abord l'illusion d'une psychose intermittente. L'auteur, à l'aide de 3 cas typiques, montre l'importance du développement psychique anormal. Les troubles précurseurs consistent en crises d'excitation suivies de dépression légère, en périodes d'hypomanie au cours de l'adolescence, en épisodes d'inadaptation sociale, de défaillances du jugement, efforts incohérents, perturbations motrices, crises de mysticisme. Cette étude n'est pas celle des états prépsychotiques, mais plutôt celle du déséquilibre progressif de la personnalité avant l'apparition de la psychose définitive.

P. CARRETTE.

De l'étiologie et de la Pathogénie de la Schizophrénie (Über Etiologie und Pathogenese der Schizophrenie), par R. GJESSING. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, Copenhague, 1933.

Il y a presque 40 ans que Kræpelin décrivit pour la première fois la démence précoce. Il croyait alors qu'il s'agissait d'une entité nosologique avec pathogénie uniforme. Cette conception est aujourd'hui abandonnée, Kræpelin lui-même y avait renoncé dans ses dernières années. Les travaux sur la démence précoce comptent par milliers, mais nous ne savons toujours rien ou presque rien de la nature de la maladie, de son étiologie, de sa thérapeutique. On a analysé abondamment les troubles psychiques, les formes cliniques et évolutives, mais les troubles somatiques ont été étudiés avec des moyens insuffisants. Or, le trouble fondamental de la schizophrénie est d'ordre somatique, il s'agit probablement d'une toxicose qui peut être tantôt endogène, tantôt exogène. Tous les efforts doivent être orientés vers l'étude des signes somatiques et les recherches physiopathologiques. On doit commencer par constituer de nombreuses observations complètes, portant sur tous les stades d'évolution de la maladie, on doit procéder comme s'il s'agissait d'une maladie absolument inconnue. L'auteur préconise la création d'Instituts de recherche sur la démence précoce, justifiée par la fréquence de cette maladie et son importance sociale.

E. BAUER.

Schizophrénie et tuberculose, par L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPK. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 6, pp. 129-152, juin 1933.

La schizophrénie, dans la grande majorité des cas, est d'origine endogène et hérédodégénérative. Le développement de la maladie est dominé également par des influences extérieures sans lesquelles une disposition schizopathique peut rester longtemps latente. Il faut également signaler l'hérédité alcoolique, goitreuse. Dans les cas à début brusque les signes neuro-biologiques s'associent aux désordres mentaux.

La proportion des schizophrénies chez les tuberculeux aliénés est importante: 18 % dans les formes chroniques, 28 % dans les cas aigus. Les preuves tirées de la présence du bacille dans le sang et le liquide céphalo-rachidien restent rares. Les auteurs ne croient pas qu'on soit autorisé à déclarer que le syndrome schizophrénique est d'origine tuberculeuse. Toutefois, il est logique d'admettre que le désordre mental favorise le développement de la bacillose, et que, d'autre part, l'existence de la toxi-infection tuberculeuse diminue la résistance mentale des schizopathes. En somme, influence nuisible réciproque. Du point de vue social, constatons que si la tuberculose est en voie de diminution, du moins dans ses formes graves pulmonaires, on ne peut en dire autant de la démence précoce.

P. CARRETTE.

Paraphrénie et psychose paranoïde, par Henri CLAUDE. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 13, pp. 417-421, 15 juillet 1933.

L'auteur donne au terme de paraphrénie un sens assez particulier. Il s'agirait d'un délire cohérent, très actif, teinté d'éléments imaginatifs, idéalistes, mythomaniaques, évoluant sur un fond schizomaniaque. A un stade de son évolution tout au moins, cette paraphrénie serait différente de la démence paranoïde et de la psychose paranoïde, à la fois, d'après le professeur Claude, non systématisée, non cohérente et compatible avec « la conservation de l'intégrité mentale ».

P. CARRETTE.

La critique chez les sujets soumis à l'épreuve de Rorschach, d'interprétation des formes (Die Kritik der Versuchsperson beim Rorschachschen Formdeutversuch), par F. FRÄNKEL et D. BENJAMIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1934.

L'attitude critique des sujets pendant l'épreuve de Rorschach donne des indications utiles sur leur état mental. La tendance à l'autocritique apparaît souvent sous l'aspect du doute (fréquent chez les paranoïdes), du sentiment d'insuffisance (fréquent dans certains syndromes du début de la schizophrénie). En ce qui concerne la critique de l'objet, c'est-à-dire des taches, on rencontre : le phénomène d'évidence, signe parfois d'infantilisme du jugement, — la critique de la forme, fréquente chez les méticuleux, les pédants, les inquiets, les sujets dépourvus d'imagination, — la critique des couleurs, d'observation courante chez les pykniques, — la critique esthétique, chez les artistes, observée également dans l'ivresse du type euphorique, — l'incapacité de donner une interprétation d'ensemble, observée dans un cas de tumeur du lobe frontal.

E. BAUER.

L'état actuel du problème des démence séniles : La démence sénile typique, par A. M. SIERRA. (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, tome XX, n° 117, juin 1933).

La démence sénile typique est une psychose de la vieillesse. Elle débute, en moyenne, à partir de 60 ans. Mais il existe d'autres formes atypiques, telles que la Maladie d'Alzheimer et la Presbyophrénie de Khalbaum-Wernicke, qui éclatent entre 48 et 58 ans. Quatre pour cent seulement des vieillards tombent en démence. L'étiologie en est obscure ; on invoque comme causes déterminantes l'hérédité, le terrain, la prédisposition, et comme causes adjuvantes : l'alcool, la syphilis, les traumatismes céphaliques, les émotions violentes et le surmenage intellectuel. La majorité des auteurs estime que la démence sénile est primitive, en ce sens qu'elle se présente d'emblée, n'étant précédée d'aucune autre psychose antérieure. Par contre, les professeurs Rojas et Belbey prétendent que parfois la démence sénile est secondaire et tributaire d'un état antérieur d'aliénation mentale. Il existe 4 formes cliniques de la démence sénile : simple, maniaque, mélancolique, confusionnelle. L'existence d'épisodes délirants plus ou moins transitoires ou durables contribue à modifier la physionomie externe de la démence, sans en affecter le fond. La constitution joue un rôle prévalent dans la genèse de ces formes cliniques. En outre, peuvent apparaître des symptômes neurologiques sous la dépendance de lésions en foyer localisées sur l'écorce cérébrale, tels que : hémiplégie, paraplégie, hémianopsie, aphasie, syndrome pseudo-bulbaire. Le diagnostic s'appuie le plus souvent sur l'âge du malade, et seule la paralysie générale tardive est à éliminer. Le pronostic est toujours mortel ; la mort survient entre la première et la huitième année de l'évolution. Elle est due, soit à des maladies intercurrentes (infections, intoxications, tumeurs, etc.), soit au marasme sénile. Il n'existe jusqu'ici aucune thérapeutique de la démence sénile, malgré les efforts de Steinach et de Voronoff.

LAUZIER.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse et Education, par Mme Sophie MORGENSTERN. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 2, pp. 43-64, 1933.

La psychanalyse a érigé trop de dogmes sur le développement mental pour ne pas se poser de graves questions sur l'éducation. Mme Morgenstern nous rappelle que l'enfant prend le sein, non seulement pour se nourrir, mais pour assouvir son besoin de jouissance, que privé du sein il suce son pouce, qu'il s'efforce à la constipation, libère à 5 ans son désir par la masturbation, entretient une passion violente pour le parent du sexe opposé au sien, etc... Malgré l'importance inquiétante concédée à ces constatations, l'auteur ne préconise pas de procédés d'éducation trop révolutionnaires. Les tendances mal dirigées peuvent conduire aux réalisations antisociales. Il faut donc aider l'enfant à « profiter de ses forces instinctives pour un travail créateur », grâce — bien entendu — à la pratique de la psychanalyse. On lui explique le symbolisme de ses réactions (exemple d'un enfant de 10 ans !). On surveille son extériorisation physique qui, mal comprise, fait régresser la sexualité vers l'indifférenciation. Il arrive qu'on doive se réjouir

des tendances mythomaniaques qui préservent de perversions plus dangereuses. N'est-il pas plus exact de dire qu'elles s'annoncent les unes les autres comme le bon sens, la logique et l'expérience paraissent le démontrer?

P. CARRETTE.

Quelques essais de renforcement de l'analyse mentale dans des cas de psychoses (Some Experiments in Reinforcing Mental Analysis in Cases of Psychosis), par Clifford ALLEN. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XIII, 2^{me} part., pp. 151-164, 23 août 1933.

Les sujets atteints de psychoses ne seraient pas influencés par l'analyse freudienne. Leur libido, fixée sur eux-mêmes, ne permettrait pas la liaison avec l'analyste. Cette impossibilité du transfert est une difficulté qui ne saurait être tournée par la méthode des associations libres. La libération du sujet demanderait le secours de la suggestion. L'auteur s'y est attaché en imposant au patient la fixation de la pensée sur certains thèmes dans quatre cas choisis. Il est arrivé à modifier les hallucinations et à déclencher des rêves. On conçoit que ce procédé demande à être exploité avec beaucoup de circonspection si on se propose d'y chercher une thérapeutique. L'utiliser pour accroître la répression d'un conflit majeur, pour renforcer une identification fait courir le risque d'apparition de bouffées hallucinatoires ou anxieuses. L'idée suggérée doit être indirecte, parfois imprécise. Les résultats obtenus dans un nombre très limité de cas paraissent confirmer l'idée freudienne de la présence d'un élément homosexuel dans les états paranoïdes, sans préjuger nécessairement du mécanisme.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

De la représentation centrale des fonctions végétatives (Über die Zentrale Repraesentation vegetativer Funktionen), par P. V. MONAKOW. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, fasc. 2, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1933/1934.

A la notion de centres végétatifs isolés, l'auteur substitue celle d'appareils complexes, superposés par étages, selon une organisation hiérarchique. L'étude des fonctions neurovégétatives centrales suppose une connaissance préalable exacte du rôle de l'autonomie des organes périphériques et de l'action directe, sur ces organes, des hormones contenues dans le sang. Après section complète du sympathique, le fonctionnement combiné et coordonné des organes viscéraux reste assuré, dans les conditions de repos complet réalisées par le laboratoire ; les animaux soumis à l'intervention, peuvent survivre pendant plusieurs années. Les appareils centraux : médullaire, bulbaire, mésodiencephalique, cortical, permettent l'adaptation des fonctions végétatives aux variations de situation, circonstances extérieures, effort, etc. Chacun de ces appareils est doué d'une certaine autonomie, l'appareil sus-jacent n'entre en fonctions que lorsque la difficulté de la situation l'exige ; l'activité bulbaire et médullaire sont suffisantes pour répondre à presque toutes les situations « de nécessité » (Notstandssituationen). Le rôle du diencephale et des centres corticaux, consiste dans l'adaptation des fonctions végétatives à la personnalité, aux instincts, à l'alternance entre le

sommeil et le réveil. Pas plus qu'ailleurs, il ne faut supposer des centres isolés ; l'appareil végétatif diencéphalique est un système complexe, dont les éléments sont chargés de toutes les fonctions à la fois.

E. BAUER.

Le principe de « libération » en physiopathologie (Das Prinzip der « Enthemmung » in der Physiopathologie), par R. BING. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, 2, 1933).

Beaucoup de troubles neurologiques, irritatifs en apparence, sont en réalité des phénomènes de libération, dus à la suppression du fonctionnement de centres inhibiteurs. La majorité des hyperkinésies extra-pyramidales sont de ce nombre, les hypertonies également (hypertonie pyramidale, rigidité parkinsonienne, rigidité décérébrée). Le signe de Babinski représente le type des réflexes par « libération ». Certains réflexes extra-pyramidaux, par exemple le « réflexe de préhension », doivent être interprétés de la même manière. Dans le domaine de l'innervation sympathique et parasympathique, les phénomènes de libération jouent un rôle important ; l'auteur étudie sous cet aspect le réflexe gustolacrymal décrit par lui dans la paralysie faciale périphérique, la sécrétion paralytique, les troubles trophiques du tabès, les algies sympathiques.

E. BAUER.

Contribution à la clinique des atteintes du système nerveux au cours de la pellagre, par MM. A. I. ZLATOVEROFF et I. M. FREIDSON. (*Sovietskaja Nevrapatologija Psichiatrija i Psycho-gigijena*, T. II, Fasc. 4, 1933).

Les auteurs ont eu l'occasion de réunir seize observations de pellagre. Cette étude donne lieu aux remarques suivantes : En dehors des désordres digestifs et cutanés, le maximum des altérations nerveuses intéresse les neurones périphériques, de sorte que les troubles neuro-végétatifs, moteurs et sensoriels donnent l'impression de polynévrite. Sur ce tableau se greffent quelquefois des troubles des voies pyramidales (Oppenheim, Gordon, abolition ou asymétrie des réflexes abdominaux). Cette polynévrite, malgré une certaine analogie avec la polynévrite alcoolique dont le diagnostic est particulièrement délicat en raison des antécédents des malades, s'en distingue par l'absence du tremblement et de la douleur à la pression des nerfs et des masses musculaires, la richesse des troubles neuro-végétatifs, la sécrétion sudorale et l'existence d'ataxie atténuée.

Au cours de la pellagre, les malades présentent des troubles oculaires, gustatifs et olfactifs, de la sécheresse de la bouche. Les troubles psychiques ne sont pas rares. Ils se traduisent par la diminution globale des facultés intellectuelles, avec dépression, idées hypocondriaques. La mémoire est conservée mais l'idéation ralentie.

Au point de vue pathogénique, il semble que les troubles digestifs et neuro-végétatifs sont le résultat du processus toxique dû au défaut de la nutrition en rapport avec l'alimentation totalement dépourvue d'albumine (la plupart des malades se nourrissaient de pain de seigle et d'alcool, mais aucun ne s'alimentait de maïs). Les lésions cutanées étaient dues d'une

part, aux troubles nutritifs, cependant l'action des rayons du soleil ne doit pas être exclue.

Sous l'influence de l'alimentation appropriée, quatorze malades ont guéri rapidement, un est décédé de pneumonie et un autre a versé dans la démence complète. L'examen histologique de la moelle du malade, mort au cours de la maladie, a révélé l'existence de la sclérose des cornes antérieures avec présence de pigment en quantité notable. Epaissement de la pie-mère, sclérose des racines postérieures et présence de corpuscules amyloïdes à la périphérie des cordons postérieurs et latéraux, surtout dans la zone de Lissauer, avec dégénérescence hyaline des vasa-nervorum.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution au problème des ectodermoses neurotropes et à celui de la pathogénie des affections encéphalitiques en général (Beitrag zur Frage der « ectodermoses neurotropes » zugleich zur Frage der Genese enzephaltischer Erkrankungen überhaupt), par H. SCHMID. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1934).

Par sa théorie ontogénétique, M. L. van Bogaert a donné une impulsion nouvelle aux recherches sur les ectodermoses neurotropes. La clinique et l'expérimentation montrent, d'autre part, que la loi du balancement neuro-cutané, constatée déjà pour la syphilis, s'applique à ces affections. L'auteur a observé les effets de la vaccination cutanée chez des lapins, après blocage de l'épiderme et du système réticulo-endothélial, par des colorations vitales. Tous les animaux ont présenté, en même temps qu'une réaction cutanée insignifiante, des signes caractéristiques d'encéphalite post-vaccinale, confirmée par l'examen histopathologique. Il existe entre le revêtement cutané et les centres nerveux, non seulement des rapports ontogéniques, mais également des rapports immunobiologiques étroits. La théorie de la barrière hémocéphalique doit être révisée, la barrière se trouvant, pour certains agents du moins, au niveau de l'épiderme cutané. L'auteur estime que ces découvertes nouvelles peuvent contribuer à éclaircir la pathogénie des affections métasyphilitiques.

E. BAUER.

La syphilis nerveuse chez les Arabes, par C. LACAPERE. *Maroc-Médical*, n° 139, pp. 8-13, 15 janvier 1934.

Les grandes scléroses nerveuses sont rares chez les Arabes atteints par la syphilis. Lacapere développe les causes de ce fait en rappelant les conditions de développement normal de la syphilis. Le traumatisme répété joue un rôle primordial. Il explique l'éclosion de certaines formes cutanées, viscérales. Chez l'indigène nord-africain la syphilis est contractée dans le jeune âge. Les variétés nerveuses sont aiguës et surtout médullaires. L'introduction des traitements chimiques modernes a pu modifier l'allure des troubles chez les Arabes. Ils acceptaient les soins pour les lésions cutanées jusqu'à leur disparition. Blanchis, ils restaient dans un stade de réactivation du tréponème. Mieux renseignés, ils se soignent aujourd'hui plus rationnellement et la guérison de leur syphilis ne compromet en rien l'intégrité de leurs centres nerveux.

P. CARRETTE.

La fréquence actuelle de la Neuro-Syphilis en pays marocain, par E. LEPINAY. *Maroc-Médical*, n° 139, pp. 5-7 et 14-40, 15 janvier 1934.

Lepinay a procédé à une enquête sur la neuro-syphilis marocaine aux fins de vérifier l'opinion qui tend à se répandre que les complications nerveuses augmentent de fréquence chez les Arabes, malgré — ou même à cause de — l'application de l'arsénothérapie intensive pratiquée dans des conditions toujours plus rigoureuses depuis le début de l'organisation sanitaire française. L'auteur publie les 24 réponses autorisées qui ont été faites à son questionnaire par des médecins installés dans les principaux centres marocains. Il résulte de la lecture de ces documents que le traitement actuel de la syphilis « garde toujours toute sa valeur prophylactique, individuelle et sociale », et que son application « n'a pas eu les conséquences graves sur l'évolution de la syphilis dont on l'a accusé dans d'autres pays ».

P. CARRETTE.

Hypothèses sur la pathogénie de la Syphilis exotique, par DUJARDIN et DUMONT. *Maroc-Médical*, n° 139, pp. 41-46, 15 janvier 1934.

Deux types de réaction se différencient contre un processus infectieux ou toxique : l'état d'allergie et l'anallergie. Ces deux types ne situent pas deux sujets, mais des états d'un même sujet. Dans l'allergie, le malade fait un effort vers l'immunité. Les syphilomes superficiels traduisent cet effort. À leur importance correspond la bénignité des lésions nerveuses. Dans le tissu nerveux lui-même l'allergie peut exister sous forme de gommés méningo-vasculaires, à symptomatologie violente d'allure aiguë. La sensibilisation cutanée très spéciale du noir de l'Afrique Centrale, qui explique la rareté des états anallergiques, n'est pas une disposition innée ; c'est le résultat, disent les auteurs, de réinoculations successives imputables au paludisme, principe de la thérapeutique par les poussées thermiques périodiques. Si, depuis quelques années, les cas de syphilis parenchymateuse des centres nerveux s'avèrent plus nombreux, c'est à la thérapeutique maladroite, incomplète, réactivante qu'il faudrait les attribuer.

P. CARRETTE.

Y a-t-il une évolution dans la physionomie de la syphilis ? par DECROP. *Maroc-Médical*, n° 140, pp. 51-58, 15 février 1934.

Le traitement de la syphilis musulmane a pu présenter des inconvénients. Insuffisant, il menace les centres nerveux. Chez les nombreux malades qui savent se traiter précocement et complètement les accidents mutilants si fréquents autrefois ne se voient plus. Un élément important du pronostic est fourni par la recherche de l'allergie du sujet au moyen de l'intradermo-réaction de l'hémostyl (épreuve de Dujardin-Decamps). La disposition favorable des Arabes serait due, en partie, à l'héliothérapie intensive à laquelle ils sont soumis involontairement.

P. CARRETTE.

La syphilis nerveuse en Algérie, par J. MONTPELLIER. *Maroc-Médical*, n° 140, pp. 68-92, 15 février 1934.

Les localisations nerveuses de la syphilis chez l'indigène algérien sont rares si l'on considère la fréquence énorme de cette maladie. Montpellier établit une différence entre le nombre relativement grand des syphilis vasculaires, méningées et névritiques, et celui des paralysies générales et des tabes. Il est remarquable d'en voir si peu alors que les affections neuropsychiatriques sont fort courantes. L'auteur admet les explications classiques : immunisation des centres nerveux par désadaptation du virus surtout fixé aux téguments et au squelette, terrain fortement allergique favorisant les lésions cutanées destructives.

P. CARRETTE.

La paralysie générale chez l'Indigène Nord-Africain, par A. POROT. *Maroc-Médical*, n° 140, pp. 94-102, 15 février 1934.

La notion d'allergie, celle de l'influence de l'impaludation spontanée ne sont pas admises sans restrictions par le professeur Porot. Il y aurait des exceptions troublantes. Le problème serait donc plus complexe. A ces causes de rareté de la paralysie générale arabe s'ajouteraient des facteurs locaux dont on a méconnu l'importance et en particulier la rareté de l'alcoolisme et l'état mental habituel de l'indigène nord-africain qui ignore, dans son immense majorité, l'angoisse et le surmenage intellectuel. Enfin l'auteur fait justice de la théorie de Goëau-Brissonnière qui prétend démontrer qu'il n'y a pas de différence importante d'aspect et de nombre entre les syphilis nerveuses arabes et européennes. Toutefois si cette théorie est fausse, et l'a toujours été, l'évolution indiscutable qui s'opère depuis plusieurs années pourrait bien en montrer la justesse dans l'avenir.

P. CARRETTE.

De l'influence des cures arsénobenzoliques de simple blanchiment sur l'évolution ultérieure de la syphilis marocaine, par Louis SALLE. *Maroc-Médical*, n° 140, pp. 59-67, 15 février 1934.

Les 20.000 fiches que l'auteur a réunies au dispensaire de Fez, de 1916 à 1927, montrent quels heureux résultats les cures arsenicales ont permis d'obtenir chez les Arabes atteints de lésions syphilitiques aux diverses périodes. L'habitude du dispensaire se répand. A la nécessité du traitement intense au cours de l'hospitalisation se substitue peu à peu la possibilité de cures rationnelles, combinées jusqu'à guérison clinique et humorale. Les manifestations nerveuses ne sont pas rares, mais les syndromes sont bénins dans la grande majorité des cas. Il est probable, dit Salle, que les impaludations spontanées successives ont arrêté très souvent l'évolution de processus méningo-encéphalitiques ou myélitiques.

P. CARRETTE.

Les névroses professionnelles et en particulier le nystagmus des mineurs (The occupational Neuroses including Miners' Nystagmus), par Millais CULPIN. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Séance de la Section de Psychiatrie du 14 février 1933. T. XXVI, n° 2, pp. 655-666, avril 1933.

Il s'agit, dit l'auteur, de troubles qui semblent conformes à la conception du « désordre nerveux fonctionnel ». Un des exemples les mieux choisis est la crampe des écrivains, symptôme qui annonce souvent un ensemble clinique plus important, sous-jacent. Le nystagmus des mineurs suppose également d'autres désordres physiologiques associés : il survient chez des déprimés. Le terrain est comparable à celui des sujets qui, pendant la guerre, présentaient de la cécité nocturne. Ce symptôme cédait à l'éloignement de la zone des armées et n'était qu'une forme d'expression de l'angoisse. C'était souvent un symptôme de substitution au cours d'un état hystérique. La thérapeutique habituelle par la suggestion et la rééducation est indiquée dans tous ces états névrotiques.

P. CARRETTE.

Un réflexe pathologique par percussion du talon (The Heel Tap, a Pathological Reflex), par Samuel M. WEINGROW. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 5, pp. 492-501, mai 1933.

Le talon est la région la moins excitable du pied. La percussion de sa face plantaire ne provoque aucune réaction, même chez ceux qui présentent une exagération considérable des réflexes tendineux. Dans les cas de lésion pyramidale, et dans ce cas seulement, on constate le signe de l'éventail, la flexion plantaire ou toute autre réaction. Ce réflexe serait associé au signe de Babinski plus souvent que les réflexes d'Oppenheim, de Gordon ou de Schaefer.

P. CARRETTE.

Neurinome central associé à une sclérose tubéreuse, par Joseph H. GLOBUS. *Revue Neurologique*. T. II, n° 1, pp. 1-24, juillet 1933.

Le diagnostic de neurinome fut d'abord appliqué à des neurofibromes apparus sur les troncs nerveux périphériques, d'origine essentiellement neuroectodermiques résidus embryonnaires des cellules de la gaine de Schwann. Les deux cas de sclérose tubéreuse décrits par Globus présentent des lésions qu'il est légitime de faire entrer dans la catégorie des neurinomes : entre les spongioblastomes, la sclérose tubéreuse, les neurinomes et les neurofibromes de la maladie de Recklinghausen il n'y a pas de différences essentielles ; un même processus de neurospongioblastose disséminée se retrouve dans ces divers types de réaction pathologique.

P. CARRETTE.

Contribution anatomo-clinique à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique, par Jacques DAGNÉLIE et Pierre CAMBIER. *Revue Neurologique*. T. II, n° 1, pp. 25-36, juillet 1933.

L'observation de Dagnélie et Cambier montre la variabilité des lésions de la sclérose latérale amyotrophique. Elles touchent les voies motrices et sensitives. Pour ces dernières, les faisceaux de Goll et Burdach sont épargnés,

tandis que les voies endogènes sont touchées irrégulièrement. De l'étude détaillée des zones de la virgule de Schultze, il résulterait que cette formation est indépendante du long faisceau descendant de Hoche et qu'elle contient à la fois des fibres exogènes et endogènes.

P. CARRETTE.

Plexite lombaire symétrique provoquée par la sanochrysine (Plexitis lumbar simetrica por sanocrisina), par Enrique de Cires. *La Semana Médica*, n° 24, pp. 1969-1972, 15 juin 1933.

Un certain nombre de cas d'altération du système nerveux périphérique jadis attribués à la libération d'endotoxines bacillaires, seraient dus en réalité à l'intolérance vis-à-vis de l'aurothérapie.

P. CARRETTE.

Les phakomatoses de Bourneville, de Recklinghausen et de von Hippel-Lindau, par M. VAN DEN HOEVE, Leyde. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1933).

Dans cette conférence, le professeur Van den Hoeve, de Leyde, étudie sous le nom des phakomatoses, c'est-à-dire d'affection à rapprocher des *noevi*, dont elle diffère cependant par des caractères histologiques, trois affections ou plutôt trois syndromes d'origine congénitale, souvent d'origine familiale et héréditaire et à localisations morbides multiples. Le principal symptôme est la présence de taches, de tuméfactions et de kystes dans diverses parties du corps, surtout dans le système nerveux. La maladie de Bourneville, la maladie de von Hippel-Lindau, la maladie de Recklinghausen, sont des phakomatoses dont les lésions sont localisées soit au cerveau, soit à la moelle et au bulbe, soit au niveau des nerfs crâniens, rachidiens et sympathiques.

L'auteur passe en revue successivement la phakomatose ou maladie de Bourneville, à laquelle il décrit des symptômes rétinien et papillaires, la phakomatose de von Hippel-Lindau, en insistant sur son caractère hérédofamilial (arbre généalogique du professeur RoCHAT de Groningue), et enfin la phakomatose de Recklinghausen, en montrant que les altérations intra-oculaires de cette dernière affection semblent former un pont entre celle de la phakomatose de Bourneville et de von Hippel-Lindau.

L'auteur insiste particulièrement sur l'origine hérédofamiliale des trois affections, qui permet de faire le diagnostic sur la vue d'un petit nombre de symptômes, en leur donnant leur signification véritable (*noevus*, angiomes).

SENGÈS.

Sclérose tubéreuse et spongioblastome multiforme, par Ludo VAN BOGAERT. (*Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1933).

Observation d'une malade de 31 ans, appartenant à une famille dans laquelle s'observent des cas de sclérose tubéreuse, et présentant elle-même des signes de tumeur cérébrale, des molluscum et les signes adéno-sébacés de Pringle.

A l'autopsie, tumeur de la grosseur d'une mandarine, ayant l'aspect des spongioblastomes, étendue jusqu'à la partie antérieure de la couche optique ;

trois nodules paraventriculaires semblables à ceux de la sclérose tubéreuse et une tumeur volumineuse du pôle supérieur du sein gauche.

Il s'agit pour l'auteur d'une forme tumorale atypique de la maladie de Bourneville.

SENGÈS.

Adénomes sébacés du type Pringle avec fibromatose cutanée dans une famille atteinte de sclérose tubéreuse, par MM. G. DUWE et L. VAN BÓGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1933).

Observation d'un homme présentant à la fois les symptômes cutanés typiques de la maladie de Bourneville (adénomes sébacés, peau de chagrin, papillomes axillaires), des lésions exceptionnelles de fibromatose cutanée et des troubles mentaux et neurologiques sans épilepsie. L'étude des antécédents montre l'existence dans cette famille d'une tumeur cérébrale avec épilepsie, d'une maladie kystique des reins et de trois cas d'épilepsie, ce qui permet d'affirmer que le cas présenté fait partie d'une forme familiale de sclérose tubéreuse.

SENGÈS.

Elargissement du canal optique visible à la radiographie chez les malades atteints de neuro-fibromatose avec tumeur du nerf optique, par M. Edward HARTMANN (Paris). (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1933).

Le Professeur Van der Hoeve a le premier attiré l'attention sur l'existence possible d'une tumeur du nerf optique dans la maladie de Recklinghausen (1925). L'examen systématique et complet de malades atteints de tumeurs du nerf optique peut révéler l'existence de neuro-fibromatose fruste.

L'auteur publie trois observations, dans lesquelles la radiographie du canal optique montre un élargissement caractéristique en cas de tumeur du nerf optique. Il rappelle les travaux qu'il a consacrés à cette question et les conditions de technique et de repérage à remplir pour effectuer son examen.

SENGÈS.

Tumeurs bilatérales de l'acoustique dans la neuro-fibromatose, par J. HELSMOORTEL J. et THIENPONT (Anvers). (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1933).

Observation d'une malade âgée de 27 ans, chez laquelle on voit se développer un syndrome de Recklinghausen. Début médullaire : compression par gliome intrarachidien au niveau de C⁷ et D¹. Intervention opératoire et enlèvement partiel d'un fibrogliome extra et partiellement intra dure-mérien, comprimant la moelle entre la racine C⁶ et C⁷. Apparition de troubles mentaux, d'allures oniriques, d'abord passagers, puis poussées de confusion mentale avec menaces de suicide. On assiste au développement de troubles cérébelleux avec surdité progressive, nystagmus, démarche ataxique.

L'examen vestibulaire et cochléaire complet et l'examen radiologique des conduits auditifs internes en position de Stenvers semblent confirmer le

diagnostic de tumeur bilatérale de l'acoustique. Cette malade n'a jamais présenté de tumeur de la peau. Rappel des travaux de W.-J. Gardner et C. Fragiér sur la neurofibromatose acoustique bilatérale.

SENGÈS.

Sur une forme maligne de la neuro-fibromatose, par MM. de GROODT, A. DELHAYE et Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychologie*, novembre 1933).

Depuis le premier travail de Fédor Krause consacré aux sarcomes neurogènes, Cestan, Philippe et Oberthur ont repris la question de la neurosarcomatose, dans une communication au Congrès de Grenoble. D'autres travaux ont été publiés en France et en Angleterre. L'auteur publie une observation du type Cestan, avec examen histopathologique. Il s'agit d'un malade atteint de neurofibromatose du Recklinghausen classique, chez lequel on voit apparaître une énorme tumeur à la racine de la cuisse droite. L'examen biopsique des tumeurs sous-cutanées montre l'existence d'un schwannome typique ; on ne trouve pas, au niveau des méninges et des centres de néoplasies, de gliomes ou de néoformations vasculaires analogues à celles décrites dans les formes centrales de la maladie de Recklinghausen.

Ce cas pose la question de l'origine des neurofibromes, tumeurs conjonctives ou gliales ?

SENGÈS.

Neuro-fibromatose familiale, par M. Louis CHRISTOPHE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1933).

L'auteur met en lumière le caractère familial de l'affection, notion peu connue du public médical, et l'existence de lésions osseuses attestées par l'examen radiographique. Il rappelle les travaux publiés sur cette question par divers auteurs et il pense que son cas, étant donné la systématisation de certaines lésions à un seul côté du corps, présente une étroite parenté avec le névrome plexiforme, parenté sur laquelle Crouzon a bien insisté.

SENGÈS.

Sur un méningoblastome rachidien à inclusions mélaniques, par Ludo VAN BOGAERT et Jean VERBRUGGE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1933).

Observation d'une tumeur médullaire apparue chez un homme de 38 ans, diagnostiquée et localisée par l'examen clinique et l'examen lipidolé. La tumeur enlevée, extra-médullaire, était située au niveau de D⁶ et constituée par une masse à contours irréguliers de la grosseur d'une noix, encapsulée, de couleur noir brun et comprimant le contenu médullaire.

L'examen histologique montrait l'existence d'un méningioblastome à inclusion mélanique constituant un nouvel exemple de l'association des troubles neuro-pigmentaires au cours des néoformations des tissus de soutien du système nerveux central, conformément à la conception et aux travaux de Masson et Oberling.

SENGÈS.

Deux cas d'hémangiome du cervelet chez deux sœurs, par MM. Paul MARTIN et L. VAN BOGAERT (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1933).

Le premier cas est l'observation d'une malade de 42 ans atteinte d'une tumeur du 4^e ventricule opérée. Le diagnostic histologique de la tumeur serait celui d'hémangiome du type réticulo-endothélial. La deuxième observation purement clinique est celle d'une tumeur cérébelleuse, mais l'intervention a été refusée et la vérification nécropsique n'a pu être faite.

L'auteur rappelle à ce sujet les travaux de Lindau. Ce dernier a isolé la maladie qui porte son nom : coexistence chez le même sujet d'angiome de la rétine, angiome du cervelet et dégénérescence kystiques d'organes abdominaux. Depuis lors, Cushing et Bailey, Roussy et Oberling, G. Lévy ont publié des travaux importants sur cette question. L'auteur pense que ces deux cas rentrent dans le cadre de la maladie de Lindau, bien qu'on n'ait pas constaté, à l'examen ophtalmoscopique, la présence d'un angiome de la rétine.

SENGÈS.

ANATOMIE

Encéphalopathie alcoolique [Polioencéphalite hémorragique supérieure de Wernicke] (Encephalopathia Alcoholica [Polosencephalitis Hæmorrhagica Superior of Wernicke]), par Lauretta BENDER et Paul SCHILDER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 5, pp. 990-1053, mai 1933.

La forme de Wernicke est remarquable par l'importance de la rigidité des membres, rigidité variable, accrue à l'occasion des mouvements passifs. Les lésions hémorragiques dominent dans la substance grise préventriculaire ; on note la prolifération gliale autour des petits vaisseaux. D'autres formes sont également décrites : cérébelleuse, catatonique aiguë à délirium prolongé, combinée à la polynévrite.

P. CARRETTE.

Fibroblastomes méningés du cerveau. Analyse clinico-pathologique de 75 cas (Meningeal Fibroblastomas of the Cerebrum. A Clinico-pathologic Analysis of Seventy-Five Cases), par Charles H. FRAZIER et Bernard J. ALPERS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 5, pp. 935-989, mai 1933.

La plupart des fibroblastomes rencontrés par les deux auteurs siégeaient dans la partie antérieure des hémisphères ; c'est donc surtout en présence d'une symptomatologie frontale et temporale qu'ils se trouvèrent, symptomatologie d'ailleurs des plus variées. Peu de troubles mentaux, des parésies avec crises jacksoniennes, des hémianopsies, des aphasies, quelques astéréognosies, peu des lésions des voies centrales de la vision. Les signes de localisation étaient généralement suffisants pour établir le diagnostic. La tumeur à fibroblastes s'associe parfois à un lipome ou à un ostéome et réalise ainsi une forme complexe. Frazier et Alpers doutent qu'il s'agisse là d'hypérostose tumorale. Ils présentent des photographies qui indiqueraient plutôt un envahissement par le fibroblastome accolé à un os aminci.

P. CARRETTE.

Un nouveau cas d'hémangioblastome de la rétine et du cervelet avec une note sur la maladie de Lindau (An Additional Case of Hemangioblastoma of the Retina and Cerebellum, with a Note on Lindau's Disease), par Henry R. VIETS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 5, pp. 457-464, mai 1933.

En 1904, von Hippel a décrit un syndrome visuel périphérique dû à une rétinite exudative. Lindau en 1926 étudiait la nature des lésions et les attribuait à des hémangiomes tendant à produire des kystes à contenu fluide, xanthochromique. On connaît mieux aujourd'hui ces tumeurs, leur évolution progressive commandant parfois l'énucléation de l'œil, leur propagation intracrânienne révélée par les signes habituels d'hypertension. Les localisations cérébelleuses peuvent apparaître longtemps après le début du syndrome oculaire. Dans le cas rapporté par Viets l'ablation du kyste, après exploration, fit rétrocéder les signes locaux.

P. CARRETTE.

L'Arachnoïdite du chiasma, par les Docteurs MALBRAN et BALADO. (*Archivos argentinos de Neurologia*, tome VIII, n° 2, mars 1933).

L'arachnoïdite d'origine traumatique présente les mêmes caractéristiques que celles d'autre origine. Il existe une atrophie optique presque toujours bilatérale, d'évolution rapide ; l'œdème de la papille est plus rare. L'examen du champ visuel est un des éléments du diagnostic. Quelquefois les lésions du chiasma peuvent induire en erreur et donner une symptomatologie analogue à celle d'une tumeur. Cependant les symptômes généraux, l'intégrité de la selle turque et le résultat négatif de la ventriculographie en cas d'arachnoïdite font faire le diagnostic. Il faut enfin savoir que l'arachnoïdite traumatique peut exister malgré l'absence de lésions osseuses et de fractures.

LAUZIER.

Les glioblastomes, par les Docteurs FERRER-CAGIGAL et DIEGO FERRER. (*Anales de medicina legal, psiquiatria y anatomia patologica*, tome I, n° 3, mars 1933, Barcelone).

On peut considérer que les néoplasies de type glioblastique, appelées généralement gliomes, tirent leur origine des germes embryonnaires de cellules indifférenciées, inclus dans le tissu nerveux durant son développement. L'existence d'éléments arrêtés dans leur évolution, susceptibles de proliférer et de la poursuivre ultérieurement semble moins probable. Dans tous les glioblastomes, on rencontre d'une manière constante des éléments de protoplasme incolore qui correspondent sans doute aux cellules indifférenciées. De plus, et selon les cas, on observe en proportion variable des astroblastes, des astrocytes ou des oligodendrocytes, dénotant une capacité d'évoluer vers des types plus différenciés.

Les auteurs réservent la dénomination commune de glioblastomes à toutes les néoplasies de cellules gliales et proposent d'ajouter les adjectifs astroblastiques, astrocytiques, oligodendrocytiques ou polymorphes, suivant la prédominance de ces diverses cellules. Au point de vue de la virulence de ces

tumeurs et de leur évolution, on peut les ranger suivant trois types cliniques : glioblastome, glioblastome astrocytique avec ses trois sous-variétés, et le polymorphe.

LAUZIER.

Gliose extra-pie-mérienne et formations névromateuses dans une variété de syphilis bulbo-spinale, par J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et J. O. TRELLES. Soc. anat. 1^{er} juin 1933. *Ann. d'anat. path.*, juin 1933, p. 738.

Variété de spécificité bulbo-spinale caractérisée, d'une part, par une dégénération marginale de la moelle s'accompagnant d'une prolifération de la névroglie sous-pie-mérienne et d'épaississement de la pie-mère, et d'autre part par des formations névromateuses se trouvant dans l'interstice ménagé entre deux plans de la pie-mère et indépendantes des racines des nerfs bulbaires.

L. MARCHAND.

Syndrome des astrocytomes fibrillaires du lobe temporal (Syndrome of the Fibrillary Astrocytomas of the Temporal Lobe), par Benno SCHLESINGER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 843-854, avril 1933.

L'astrocytome temporal n'est pas fréquent, mais sa symptomatologie est parfois assez nette pour être diagnostiquée cliniquement. La tumeur profonde gagne souvent la pointe inférieure du lobe et fait saillie dans le ventricule. A l'affaiblissement mental avec amnésie s'associent un déficit moteur et sensitif du côté opposé dans les membres et la partie inférieure de la face. Ce syndrome existe dans les 11 cas cités. Parmi les signes qui, sans être aussi constants, se retrouvent assez fréquemment, citons dans l'ordre : les attaques épileptiques, la stase papillaire, la céphalée, les troubles du champ visuel, l'anisocorie, et enfin l'aphasie pour les tumeurs du lobe gauche.

P. CARRETTE.

Aphasie par hémorragie de la zone lenticulaire, par le Docteur DIMITRI. (*Archivos argentinos de neurología*, tome VIII, n° 1, février 1933).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade ayant présenté, à la suite d'un ictus, outre une hémiplegie droite, une aphasie motrice et sensorielle avec perturbations du langage intérieur et graves altérations de la lecture et de l'écriture. Ce syndrome s'améliora rapidement, mais un second ictus, survenu 3 mois après, fut mortel. A l'autopsie, on trouva une grande cavité kystique, posthémorragique, sous-jacente à l'insula, dans la zone lenticulaire gauche, s'étendant de la région supérieure du centre ovale et du début de la capsule interne jusqu'aux abords du noyau amygdalin. L'écorce de la 3^e frontale, la région sous-corticale, le centre ovale et les fibres antérieures du corps calleux étaient intacts. C'est la section du faisceau arqué dans la capsule externe qui explique l'aphasie par suite de l'interruption des fibres d'association. Il s'agit donc ici d'un cas d'aphasie de conduction de Lichteim-Wernicke.

LAUZIER.

BIOLOGIE

Le rapport albumino-cytologique dans le pronostic de la paralysie générale (d'après l'examen de 100 cas), par le professeur agrégé Antonio Sicco, de Montevideo. (*Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, novembre 1933).

Dans cette intéressante étude statistique, après avoir comparé la formule du liquide céphalo-rachidien de 100 malades atteints de paralysie générale à l'évolution de ces cas, M. Antonio Sicco arrive aux conclusions suivantes :

Une petite quantité d'albumine comporte un élément de pronostic favorable, une forte quantité est une indication défavorable ; 58 0/0 de rémissions avec une quantité d'albumine inférieure à 0,60 ; mortalité de 41 0/0 quand les chiffres sont supérieurs à 1,2 0/0.

Un petit nombre de cellules est un indice défavorable (aucune rémission dans les cas où il en fut trouvé moins de 5), contrairement à un nombre de cellules supérieur à 40 (80 0/0 de rémissions et seulement 4 0/0 de décès).

Le rapport $\frac{\text{centigrammes d'albumine}}{\text{nombre de cellules}}$ atteint une valeur moyenne de 3 : M. Antonio Sicco n'a trouvé aucune rémission quand ce rapport dépasse 18, et 81 0/0 quand ce rapport est inférieur à 3. Très important, et d'une grande valeur pratique, le rapport albumino-cytologique doit être apprécié concurremment avec les autres éléments de pronostic ; il n'a pas de valeur dans les rechutes ni dans les maladies intercurrentes. Quand ce rapport est inférieur à 3, il s'agit d'une paralysie générale au début avec prédominance de l'élément méningo-vasculaire ; ces cas, de pronostic favorable, sont accessibles à la thérapeutique. Il en est autrement des cas où un rapport élevé correspond à une paralysie générale ancienne, avec prédominance de lésions dégénératives ou scléreuses, peu modifiables par le traitement.

René CHARPENTIER.

Considérations sur le taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien en rapport avec la « perméabilité » de la barrière vasculaire cérébrale (Untersuchung des Zuckers in der Cerebrospinal flüssigkeit in Verbindung und der Frage der « Permeabilität » der Gefäßshirnbarriere), par I. MATOWETZKY (de Kiew). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 56 à 68.

Chez les syphilitiques et parasyphilitiques, la glycorachie est normale. Les recherches ont porté sur 25 cas (myélites, tabès, paralysie générale, syphilis cérébrale, etc...). Dans les méningites bactériennes (4 cas), la glycorachie est fortement diminuée ; dans les méningites séreuses (4 cas), le taux de sucre reste normal. Dans l'épilepsie (8 cas) et dans l'encéphalite (7 cas), il y a légère hyperglycorachie. Les dosages ont été faits d'après la technique de Hagedorn-Jensen. On trouvera dans cet article un exposé clair et bien documenté des recherches sur la glycorachie et la perméabilité méningée.

Henri Ey.

Autres recherches sur la présence du spirochète pâle dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux (Ulteriori ricerche sulla presenza della spirocheta pallida nel liquido cefalo-rachidiano dei sifilitici nervosi), par le Dr Marino BENVENUTI (Pise). *Riv. di pato. nerv. e ment.*, juillet-août 1933, p. 239 à 256.

Poursuivant ses travaux (1929 et 1932), l'Auteur a pratiqué de nouvelles recherches sur (ce qui porte à 103 le nombre total de ses malades) 253 syphilitiques : il arrive aux conclusions suivantes : la présence du spirochète est rare. Elle n'a été constatée que 9 fois dans des cas où il existait soit des poussées méningées ou des accès épileptiformes. Dans 1 cas il y avait hyperthermie, dans 4 cas il s'agit de malades en cours d'impaludation (1) ou impaludés (3), dans 3 cas il y avait eu injection de substances étrangères dans le liquide céphalo-rachidien, enfin, dans un cas, il existait une méningite spécifique. Microphotographies.

Henri Ey.

Recherches sur les altérations des cellules et de l'albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses, spécialement dans la démence précoce et les états maniaco-dépressifs, par V. ASKGAARD, V. HAHNEMANN et Axel V. NEEL. V^e Congrès des Psychiatres Scandinaves, 22-26 août 1932. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 3, pp. 609-613, 1933.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien paraissent liées aux phases évolutives des psychoses. Dans la psychose maniaque-dépressive, les auteurs estiment que les renseignements biologiques apportés par la ponction lombaire permettent de différencier les états d'origine psychique des autres formes étiologiques.

P. CARRETTE.

De la présence dans l'urine d'une substance (catatonine) capable de provoquer des phénomènes catatoniques et de sa diminution relative chez les malades mentaux (Über einen katatonische Erscheinungen erzeugenden Stoff (katatonine) im Harn und seine relative Verminderung bei geisteskranken), par E. DINGERNAUSE, J. FREUD et H. DE JONG (d'Amsterdam). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1933, Tome CXLIII.

L'urine contient une substance liposoluble qui provoque, chez les animaux, la catatonie. Un étalonnage physiologique peut en être fait selon les doses nécessaires pour obtenir la catatonie chez le rat ou la souris. La teneur de l'urine en catatonine est moindre chez l'ensemble des sujets atteints de troubles mentaux.

Henri Ey.

Action de la bulbo-capnine sur la contraction musculaire « in vivo » (Azione della bulbo-capnina sulla contrazione muscolare « in vivo »), par le Dr Domenico SARNO. *Rivista di Neurologia*, octobre 1933, p. 503 à 533.

L'Auteur étudie les manifestations qu'entraîne l'administration de bulbo-capnine sur la contraction simple et sur le tétanos indirect des préparations neuro-musculaires de la grenouille, du rat et du chat « in vitro ». Cette substance provoque une diminution de la contraction simple

et du tétanos et une augmentation constante du tonus résiduel, avec inversion de l'excitation à l'ouverture ou la fermeture du courant. Chez le rat, elle provoque un tremblement. Chez la grenouille, elle transforme le tétanos physiologique incomplet en tétanos complet. Travail remarquablement illustré.

Henri Ey.

Abolition, par la cocaïne, de la catatonie provoquée par la bulbo-capnine (Abolition of Bulbocapnine Catatonia by Cocaine), par Ethel FRIEDMAN BUCHMAN et Curt P. RICHTER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 3, pp. 499-503, mars 1933.

La catatonie expérimentale produite par la bulbo-capnine chez le singe est interrompue par les injections de cocaïne ; il en est de même du réflexe de préhension. Le retour à l'état normal est presque immédiat et l'état stuporeux ne réapparaît pas. Ces résultats suggèrent l'essai du traitement de la catatonie humaine par la cocaïne.

P. CARRETTE.

Action élective de certains composés mercuriels sur le système nerveux (Azione elettiva di alcuni composti mercuriali sul sistema nervoso), par le Dr Aldo RIVELA GRECO (Gênes). *Rivista di Neurologia*, octobre 1933, p. 477 à 502.

Chez les chiens traités par des composés mercuriels de la série alchilique (diéthyl-mercure) on trouvera des altérations des plexus choroïdes variables selon les doses

Henri Ey.

Effets de l'alcool sur la chronaxie du système moteur (Effects of Alcohol on the Chronaxia of the Motor System), par William MALAMUD, E. LINDEMANN et H. H. JASPER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX n° 4, pp. 790-807, avril 1933.

L'alcool donné à doses suffisantes modifie la chronaxie motrice, la coordination et l'état mental. La relation entre les chronaxies motrice et sensitive se modifie le plus souvent dans le sens de l'égalisation et même du renversement. Il se produit parallèlement des troubles de la coordination sans relation avec l'importance des modifications de l'état mental.

P. CARRETTE.

De l'élévation de la chronaxie des pneumogastriques à travers la peau chez le lapin, par Mlle J. HURYNOWICZ et E. CZARNECKI. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

Mlle Hurynowicz et M. Czarnecki cherchent à déterminer à travers la peau, chez le lapin non anesthésié, la chronaxie des pneumogastriques. Le rythme cardiaque enregistré graphiquement leur sert de critérium. Enregistrée à l'aide de leur dispositif personnel, la chronaxie du pneumogastrique chez le lapin est évaluée à 0,4 σ , sans différence sensible pour le pneumogastrique droit ou gauche. D'après l'hypothèse de Lapicque, la chronaxie obtenue serait la chronaxie de subordination. Mlle Hurynowicz

et Czarnecki ne considèrent pas ces chiffres comme définitifs et poursuivent leurs expériences afin d'éliminer l'influence possible des nerfs sensitifs de la peau et du sympathique carotidien.

FRIBOURG-BLANC.

Etude d'intoxications expérimentales. III. Les altérations cérébrales dans l'intoxication expérimentale par l'acide prussique (Experimentelle vergiftungsstudien. III. Über gehirn veränderungen bei experimenteller Blausäure vergiftung), par A. MEYER (de Bonn). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 333 à 348.

Travail abondamment illustré fondé sur l'intoxication expérimentale de quatre chiens et de deux lapins. Les altérations portèrent particulièrement sur les vaisseaux, dans un cas sur tout le cerveau, dans un autre au putamen, où l'on observait les altérations cellulaires typiques d'ischémie décrites par Spielmeyer. Ces altérations sont à rapprocher de celles déjà étudiées dans l'intoxication par l'acide carbonique.

Henri Ey.

Études contemporaines sur le métabolisme dans la psychose maniaco-dépressive, par M. A. LESZCZYCKI (*Nowiny Psychjatryczne*, X^{me} année, III^{me} et IV^{me} trimestres 1933).

L'auteur traite des troubles hépatiques et particulièrement de l'hyperglycémie spontanée ou alimentaire, de la glycosurie de l'hyperbilirubinémie, de l'hypercholestérinémie et de l'indicanurie dans les états dépressifs. Il souligne également les variations fréquentes observées dans le système Ca-K. La prépondérance du Ca dans les états maniaques indique l'augmentation du tonus sympathique, par contre, la prédominance de K., particulière aux états dépressifs, indique une augmentation du fonctionnement parasympathique. Les résultats de ces recherches inclinent l'auteur à attribuer à la psychose maniaco-dépressive le rôle d'une manifestation de la maladie générale en cause. L'origine des troubles relevés au cours de cette psychose ne doit pas être recherchée d'après lui dans le système nerveux central.

FRIBOURG-BLANC.

Tremblement émotif et métabolisme de base, par LAIGNEL-LAVASTINE. *La Vie Médicale*, n° 10, p. 505, 25 mai 1933.

Le métabolisme basal est fréquemment augmenté chez les trembleurs hyperémotifs. Ce fait, qui permettrait de rattacher à l'hyperthyroïdisme le tremblement de certains sujets, impose d'utiles conclusions thérapeutiques.

P. GARRETTE.

La régulation nerveuse de l'hématopoïèse, par Etienne MAY. *Revue Critique de Pathologie et de Thérapeutique*. T. IV, n° 1, pp. 1-7, mai-juin 1933.

Les modifications sanguines sont surtout attribuées à l'action des organes hématopoïétiques. On oublie trop le rôle du système nerveux. La pratique des injections d'air ventriculaires excite les centres voisins et provoque la leucocytose avec hyperthermie. Certains syndromes hypophyso-tubériens s'accompagnent de polyglobulie. Les faits expérimentaux et cliniques indi-

quent, par conséquent, que la formule hématologique est soumise à des influences venant du cerveau moyen. May résume l'activité régulatrice importante de la base du cerveau où les études récentes tendent à grouper les centres vaso-moteurs et presseurs et les fonctions de contrôle des métabolismes et de la composition chimique du sang.

P. CARRETTE.

Des réactions dissociées du liquide céphalo-rachidien. Communication sur une forme nouvelle (dissociation globulino-colloïdale). (Über Dissoziationen im Liquorbefund. Mitteilung einer neuen Form (Globulino Kolloïdale Dissoziation), par V. KAFKA. Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1934.

L'hypéralbuminose et en particulier le taux des globulines jouent un rôle important dans la production des réactions colloïdales, mais l'intensité de l'action des globulines varie selon leur provenance, c'est-à-dire selon la nature de la maladie. Dans la paralysie générale, la précipitation se produit avec un taux très bas, viennent ensuite, par ordre croissant : le tabès, la syphilis latente, les affections organiques du névraxe, les tumeurs cérébrales. Pour ces différentes affections, l'auteur a calculé les taux minima, à partir desquels la précipitation a lieu, et il insiste sur la valeur de la dissociation pour le diagnostic, et, dans la syphilis des centres nerveux, pour le pronostic.

E. BAUER.

Bacilles typhiques et affections des méninges (Typhusbazillen und Meningenerkrankungen) par W. DWORECKI (de Varsovie). Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie, XXXIII, fasc. 1^{er}, 1934.

L'auteur rapporte 4 observations de méningite typhique, dont 2 avec évolution bénigne, 2 avec issue fatale. La culture du liquide céphalo-rachidien fut positive dans tous les cas. La présence des bacilles typhiques dans le liquide céphalo-rachidien est plus fréquente qu'on n'admet généralement ; mais il est souvent difficile de les mettre en évidence, à cause de l'action bactéricide de ce liquide.

E. BAUER.

ENDOCRINOLOGIE

La pathologie du caractère et ses relations avec les troubles des sécrétions internes, par W. STERLING. Rocznik Psyjatryczny, fasc. XX, 20 mars 1933.

L'auteur analyse les diverses modifications du caractère résultant des troubles de la glande thyroïde, des parathyroïdes, des surrénales et surtout des glandes génitales. Il suppose que certaines, comme la thyroïde ou le thymus, ont une influence excitante ; d'autres, comme le système chromaffine ou le pancréas, une action inhibitrice. La constitution du tempérament résulterait en première ligne de l'état de certaines formations nerveuses : telles le mésencéphale, le pédoncule cérébral et les centres végétatifs. Les sécrétions internes ne joueraient leur rôle étiologique dans les modifications pathologiques du caractère que par l'intermédiaire des modifications qu'elles apporteraient à l'évolution des fonctions encéphaliques.

P. CARRETTE.

Deux cas de psychose périodique liée au cycle menstruel, par R. DRESZER et C. SZCZYTT. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1930).

MM. Dreszer et Szczytt relatent deux observations de psychoses liées au cycle menstruel. Dans les deux cas, il s'agissait d'un syndrome atypique de schizophrénie symptomatique compliqué d'état délirant et confusionnel. Dans le premier cas, les troubles psychiques ont éclaté au cours de l'allaitement et ont été transitoires. Le second cas s'est terminé par la mort. Les désordres psychiques étaient dus aux troubles des glandes endocrines, en rapport avec l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Chez les deux malades, le rapport des troubles psychiques avec la sécrétion des glandes endocrines était évident. Mais il n'était pas possible de déterminer si l'intervention des hormones avait été directe ou indirecte par l'intermédiaire du système neuro-végétatif. Malgré le caractère schizophrénique de ce syndrome au cycle menstruel, ces deux cas ne fournissent pas suffisamment d'éléments pour être isolés en une entité morbide indépendante.

Ces deux observations, envisagées comme schizophrénie symptomatique correspondent à une psychopathie à caractère cyclique et confusionnel ayant une allure aiguë et une origine toxique.

FRIBOURG-BLANC.

Le Mongolisme ; conception nouvelle (The Mongol : A new Explanation), par R. M. CLARK. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 325, pp. 328-335, avril 1933.

Le mongolisme est considéré par certains auteurs comme un défaut inhérent au germe ; pour d'autres c'est un accident de la vie intra-utérine. L'étude des manifestations d'hyperthyroïdie fœtale chez les jumeaux permettrait d'y rattacher le mongolisme qui serait, d'après la conclusion de Clark, « le résultat du goitre exophtalmique fœtal ».

P. CARRETTE.

Un cas de gigantisme, par DZIERZYNSKI. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

M. Dzierzynski relate l'observation d'un jeune homme de 23 ans, atteint de gigantisme (taille 202 cm.), et mort de sclérose en plaques concomitante. A l'autopsie du malade, un volumineux kyste a été trouvé entre l'arachnoïde et la pie-mère et occupant la base de la fosse antérieure et moyenne gauche. D'après l'anamnèse du malade, il s'agit d'un kyste post-infectieux survenu à la suite d'un processus méningé à l'âge de 3 ans.

L'étude anatomo-pathologique a démontré que l'hypophyse, sans être hypertrophiée, présentait de l'hyperfonctionnement des cellules acidophiles et basophiles (à un degré plus faible chez les dernières). Les autres glandes endocrines étaient normales.

M. Dzierzynski conclut à une origine mécanique du gigantisme de son malade. Le kyste, en se développant, a agi sur les centres neuro-végétatifs cérébraux du troisième ventricule et s'est répercuté sur l'hypophyse en déterminant la surproduction de l'hormone de croissance.

Les crises épileptiques et la paralysie faciale peuvent être mises sur le compte de la pachiméningite et les troubles neurologiques de la période

terminale à l'évolution progressive de la sclérose en plaques constatée à l'autopsie.

FRIBOURG-BLANC.

Acromégalie et maladie de Recklinghausen, par M. Aloysio de CASTRO. *Revue Neurologique*. T. I, n° 1, pp. 39-41, janvier 1934.

Les acromégaliques présentent souvent de petites verrues et d'autres troubles cutanés. Il ne saurait être question dans ces cas d'association avec la maladie de Recklinghausen. D'autre part, ce dernier syndrome est associé à des altérations osseuses que décèle la radiographie, soit qu'il s'agisse d'altérations spéciales à la neurofibromatose, soit sous forme de simples troubles du développement. M. de Castro estime qu'il ne s'agit pas d'une association fortuite de 2 types morbides. Les perturbations osseuses de la maladie de Recklinghausen touchent parfois la selle turcique et l'hypophyse, ce qui explique certains syndromes complexes dont l'auteur rappelle quelques observations publiées précédemment.

P. CARRETTE.

Les symptômes oculaires de l'acromégalie, par Félix TERRIEN. *Le Progrès Médical*, n° 20, pp. 909-914, 20 mai 1933.

Les tumeurs hypophysaires atteignent aisément la partie chiasmatique des voies optiques. Aux troubles de la croissance — gigantisme des sujets jeunes, acromégalie chez ceux dont les soudures osseuses sont terminées, — s'associent principalement des altérations du champ visuel. L'intervention chirurgicale précoce par voie frontale a amélioré le pronostic de ces accidents. La radiothérapie par les rayons durs, pénétrants, donne également des résultats favorables, mais il reste un assez grand nombre de cas pour lesquels on a trop tardé et l'acuité visuelle diminue progressivement, malgré le traitement.

P. CARRETTE.

Les troubles psychiques d'origine hypophysaire (Le trube psichiche d'origine ipofisaria), par A. SALMON (de Florence). *Il Cervello*, 15 septembre 1933, p. 314 à 336.

M. A. Salmon envisage d'abord rapidement les divers troubles psychiques d'origine endocrinienne. Les troubles mentaux qui s'observent avec une particulière fréquence doivent être attribués au déficit de la fonction antitoxique de la préhypophyse, qui détermine une intoxication des centres psychiques et un déficit du brome hypophysaire selon la conception de Zondek. Ces troubles retentissent spécialement sur les noyaux diencéphaliques, qui tiennent sous leur dépendance directe la régulation du ton affectif et par là réagissent sur l'activité psychique. Ces troubles mentaux sont assez fréquemment des troubles thymiques. Mais on rencontre un peu tous les aspects sémiologiques au cours des affections de l'hypophyse. Les observations que cite l'auteur et qu'il emprunte toutes à la littérature, témoignent en effet d'une grande diversité clinique (démence, épilepsie, hallucinations visuelles, agitation, confusion, etc...). Souvent, on trouve mêlé au tableau psychopathique des troubles infundibulo-hypophysaires, particulièrement du sommeil. Longue bibliographie.

Henri Ey.

Les sécrétions internes génitales de la préhypophyse, par Ludwig KRAUL.
Le Progrès Médical, n° 24, pp. 1107-1115, 17 juin 1933.

Le rôle de l'extrait antéhypophysaire dans le fonctionnement ovarien est double : il stimule les follicules et active la lutéine. Il semble qu'il s'agisse de deux hormones différentes et que la totalité de la glande collabore à ces fonctions. L'influence du lobe antérieur de l'hypophyse s'exerce vraisemblablement d'une manière cyclique, mais elle n'a pas une prépondérance absolue : l'ovaire à son tour, et le placenta, produisent des endocrisines agissant sur la pituitaire. Des recherches expérimentales, telles que l'injection de surrénaline, l'irradiation X peuvent modifier les fonctions de l'ovaire ; elles n'activent pas le rôle ovarien de la pituitaire. Il est intéressant de noter qu'il y a des cas où l'expérimentation agit directement et d'autres par l'intermédiaire d'une force synergique ; ceci pour éviter des erreurs d'interprétation.

P. CARRETTE.

Transmission sanguine de la polyurie hypophysaire, par Lucien BRULL.
La Presse Médicale, n° 64, pp. 1267-1268, 12 août 1933.

Le problème de l'influence respective de l'hypophyse et du tuber cinereum dans les syndromes dits tubo-hypophysaires, subit une nouvelle évolution favorable au rôle actif de la glande. Lucien Brull expérimente une double circulation croisée chez le chien et aboutit à cette conclusion que l'hypophyse déverse dans le sang une hormone antipolyurique et que l'insuffisance de sa fonction suffit à provoquer le diabète insipide.

P. CARRETTE.

Le diabète insipide et le système hypothalamo-hypophysaire (Diabete Insipido e Sistema Hipotalamo-Hipofisario), par Erich LESCHKE. *Arquivos Brasileiros de Neuatria e Psiquiatria*, n° 4, pp. 1-13, juillet-août 1933.

A côté des formes frustes qui ne sont découvertes que par une étude du métabolisme hydrique et minéral, il existe des syndromes cliniques complexes, consécutifs à des méningites spécifiques ou à des traumatismes qui démontrent la réalité d'une synergie fonctionnelle des deux systèmes endocriné et neuro-végétatif, c'est-à-dire de l'appareil hypothalamo-hypophysaire.

P. CARRETTE.

Recherches sur les hormones sexuelles du lobe antérieur de l'hypophyse (Untersuchungen über die Sexualhormone des Hypophysenvorderlappens), par W. OSTERREICHER. *Acta psychiatrica et neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague.

Le prolan A est augmenté après la ménopause ; cette augmentation a été constatée même dans l'urine d'une femme âgée de 93 ans. Le prolan B est presque toujours absent. Les urines des sujets atteints d'affections diverses : démence sénile, schizophrénie, états de dépression, artériosclérose ne présentent aucune différence par rapport aux urines des sujets sains. Chez les vieillards du sexe masculin, le prolan A n'est identifié que dans 16 0/0 des cas ; mais chez les hommes atteints de castration ou d'atrophie des glandes orchitiques, les taux sont comparables à ceux constatés chez les femmes après la ménopause. Il en est de même chez les enfants et adolescents

avant la puberté. L'excrétion de l'hormone sexuelle antéhypophysaire est augmentée lorsque les glandes génitales ne fonctionnent pas.

E. BAUER.

Dosage des hormones sexuelles dans les troubles psychiques (Sexualhormontitrierung bei psychiatrischen Zuständen), par HAAKON SÆTHRE. *Acta psychiatrica et neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 3 catégories de maladies : névroses et psychoses de la ménopause, névroses accompagnées d'aménorrhée, démences précoces avec aménorrhée depuis 4 mois au moins. L'interprétation des résultats est difficile. Les taux normaux ne sont établis d'une façon précise ni pour la folliculine ni pour le prolan, en ce qui concerne les différents âges et les différentes phases de la vie génitale. L'augmentation considérable du prolan dans l'urine, pendant la ménopause, n'a pas encore été expliquée. Elle peut s'expliquer parce que les ovaires n'utilisent plus le prolan, ou parce que le seuil rénal est abaissé sous l'influence de la ménopause.

E. BAUER.

Diagnostic des cachexies endocriniennes, par E. SCHULMANN et H. MAMOU. *Le Progrès Médical*, n° 26, pp. 1179-1188, 1^{er} juillet 1933.

Les cachexies endocriniennes peuvent être un syndrome pluriglandulaire au cours de la tuberculose, de la croissance, à la ménopause ou dans la maladie bronzée. Elles réalisent aussi des syndromes primitifs à prédominance monoglandulaire, telles sont les cachexies basedowienne, myxœdémateuse, hypophysaire, addisonienne. Les facteurs étiologiques sont souvent complexes : on conçoit en effet que la cancérisation d'une tumeur glandulaire entraîne la cachexie à la fois par insuffisance endocrinienne et par diffusion sanguine du processus néoplasique.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

L'Assistance aux enfants anormaux. Dispensaires psychiatriques. Hospitalisation dans les Maisons de Santé départementales, par les D^{rs} J. RAYNIER et E. MARTIMOR (Bull. de la Société Alfred Binet, février-mars 1924).

Réservant pour un autre mémoire la question de la législation et du traitement des arriérés moraux, inadaptés sociaux, MM. Raynier et Martimor classent les anormaux en 2 groupes suivant que l'anomalie porte sur l'intelligence ou le caractère. Passant rapidement en revue l'étiologie de ces états et leurs possibilités thérapeutiques, ils donnent de l'insuffisance de notre organisation pour l'assistance aux anormaux des chiffres impressionnants. Sur 46.000 anormaux dont 35.000 éducatibles recensés en 1927, deux mille seulement recevaient en réalité l'assistance et l'éducation spécialisées qui leur conviennent. Une des causes principales, sinon la cause principale de ce retard, étant l'absence de ressources, MM. Raynier et Martimor proposent de rattacher à l'organisation générale d'assistance et d'hygiène, une assistance aux anormaux pour laquelle la création d'offices spéciaux ou d'établissements nouveaux et coûteux ne leur paraît pas absolument indispensable.

Des consultations externes, à créer dans tous les asiles bien situés, des dispensaires psychiatriques annexés aux dispensaires d'hygiène sociale, dont le médecin neuro-psychiatre aurait à sa disposition une assistante de psychologie et une infirmière-visiteuse, pourraient servir au dépistage et à l'orientation des enfants anormaux vers les classes de perfectionnement ou des instituts médico-pédagogiques.

Adoptant, chaque fois qu'il est réalisable, le traitement familial, le médecin pourrait également diriger les enfants ou vers des établissements privés ou vers des internats annexés soit à des écoles de perfectionnement, soit à des instituts, d'aveugles ou de sourds-muets, soit à des établissements départementaux d'aliénés. Discutant les inconvénients que l'on peut objecter à cette dernière solution, les auteurs insistent sur ses avantages d'ordre médical et d'ordre économique, sa rapidité et son économie d'installation et de fonctionnement. MM. Raynier et Martimor exposent dans les grandes lignes, les principes généraux de l'organisation et du fonctionnement de ces services: séparation des enfants et des adultes, séparation des diverses catégories d'anormaux, organisation pédagogique, réglementation du service intérieur (admission, sorties, placements à l'âge adulte, dépenses, etc...).

A l'appui de ces solutions fragmentaires, ils font valoir les faibles dépenses relatives occasionnées, la mise en œuvre plus rapide, le rattachement étroit aux autres établissements d'assistance psychiatrique sous l'égide de l'administration centrale.

René CHARPENTIER.

Direction mentale de l'enfance au Danvers State Hospital (Child Guidance Clinics et Danvers State Hospital), par Doris M. SIDWELL. *Bulletin of the Massachusetts Department of Mental Diseases*. T. XVII, nos 3 et 4, pp. 25-28, octobre 1933.

L'état de Massachusetts a développé au plus haut point le service social dans le domaine de la prophylaxie mentale. Il possède, en dehors du centre modèle de Boston, des organisations spéciales où l'initiative du personnel médico-psychiatrique s'exerce régulièrement. Des villes comme Gloucester ont un service de « Child Guidance » fonctionnant chaque semaine et tendent à rendre les consultations bi-hebdomadaires. On y fait de la prophylaxie sociale et familiale. La psychothérapie est associée aux examens spéciaux et à l'interrogatoire des parents. Les mères sont initiées aux principes d'éducation normale, au comportement vis-à-vis des arriérés, des pervers, des névropathes. Les enquêtes sont menées sur l'entourage de l'enfant. La coopération est assurée avec l'école, avec les services d'hospitalisation, de rééducation, d'adoption des enfants orphelins, abandonnés ou déclassés.

P. CARRETTE.

L'Asile-Colonie Régional Mixte des Aliénés d'Oliva [Cordoba] (El Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados, en Oliva [Cordoba]), par Emilio VIDAL ABAL. *Boletín del Asilo de Alienados*. 1^{re} année, n° 1, pp. 5-12, septembre 1933.

L'Asile-colonie mixte d'Oliva, province de Cordoba, fonctionne en Argentine avec tous les éléments d'une bonne organisation psychiatrique moderne. Le travail scientifique y échappera désormais à la dispersion, grâce à la publication d'un bulletin auquel nous devons souhaiter un brillant avenir. Le premier numéro est judicieusement composé. L'article de tête, signé du directeur, donne une description de l'Asile, de son allure et de sa vie. Il est

suivi de 4 études sur des sujets de psychiatrie, neurologie, assistance et thérapeutique. L'Asile, conçu il y a 20 ans pour 4.000 aliénés, comprend un hôpital, un asile proprement dit et une colonie. Les 9/10 des 600 hectares de terrain sont utilisés pour la culture. Sur les 60 hectares qui restent, on a bâti 40 pavillons. Le nombre de personnes employées paraît considérable, mais il l'est relativement beaucoup moins que dans nos Asiles de la Seine et sans doute mieux réparti, car si nous trouvons 22 médecins et techniciens médicaux et 32 employés d'administration, il n'y a que 440 personnes pour assurer tous les services et cela grâce à une spécialisation relative. L'infirmier à-tout-faire n'existe pas. Il y a des ouvriers à l'atelier, des domestiques dans les pavillons, des infirmiers et des gardiens, des religieuses. Il serait vain de pousser très loin la comparaison. Nos services parisiens et suburbains sont en pleine transformation et reçoivent leurs annexes indispensables. Il est toujours plus difficile d'adapter et d'ajouter que de construire en partant de rien, surtout quand on ne dispose pas de terrains considérables. Notons d'ailleurs les doléances du directeur de l'Asile d'Oliva qui réclame un personnel plus nombreux, des cadres renforcés, des surveillants dans les ateliers de malades travailleurs.

P. CARRETTE.

Le problème des malades musulmans à Paris, par le Docteur Auguste MARIE et M. Pierre GODIN, conseillers généraux du département de la Seine (*Hygiène mentale*, Février 1934, page 33).

Les auteurs s'étonnent que l'assistance aux malades aliénés ne soit pas mieux organisée dans nos colonies de l'Afrique du Nord. Les aliénés Nord-Africains ne peuvent être traités qu'à la Métropole. Après les avoir mis pendant quelques jours en observation dans les hôpitaux d'Alger, Oran ou Constantine, on les évacue sur les Asiles du Midi de la France, en particulier les Asiles d'Albi et Aix, ce qui est regrettable et pour les finances de l'Etat et pour les malades eux-mêmes. Une autre question et des plus importantes est celle du traitement, de l'assistance des très nombreux indigènes qui se sont fixés en France surtout depuis la guerre. On a créé à Paris, depuis 1926, pour les Nord-Africains, des dispensaires qui ont donné entière satisfaction. On construit en ce moment, à Bobigny, un hôpital musulman qui contiendra 500 lits et qui comprendra un personnel médical parlant « les idiomes divers de tout le Nord-Africain et même des régions arabes soumises à notre protectorat (Maroc et Tunisie) ou qui se trouvent sous notre mandat (Syrie) ».

Roger ANGLADE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hygiène psychique dans l'armée, par le Médecin Colonel Jean NELKEN. *Rocznik Psychiacyjny*, fasc. XXII, 1934).

Important travail d'ensemble sur les problèmes que pose l'hygiène psychique dans l'armée en temps de paix et surtout en période de guerre. Après avoir passé en revue les diverses formes de troubles psychiques au cours de la dernière guerre, l'auteur souligne que le problème des psychoses de guerre doit être ramené uniquement à l'éclosion de troubles psy-

chiques avérés ou latents au cours de la guerre. L'hygiène de l'armée exige l'élimination stricte de tous les psychopathes du milieu militaire, au moins en période de paix. L'incorporation des psychopathes ne sert qu'à augmenter la criminalité dans l'armée. Le but que l'hygiène psychique doit poursuivre dans l'armée est de préserver celle-ci de tous les sujets sans valeur au point de vue mental, pour la lutte avec l'ennemi. L'auteur s'élève contre la thèse de se servir de la guerre dans un but eugénique. Certains psychopathes peuvent être utilisés pendant la guerre, mais loin du front, dans les organisations prévues déjà en temps de paix. La possibilité d'une nouvelle guerre fait envisager la question de l'organisation de la lutte, qui sera particulièrement active dans le domaine de l'aviation et de la chimie, qui créent des conditions psychiques spéciales. Ici, l'organisation de la défense exige encore plus l'éloignement des psychopathes des centres susceptibles de devenir des points particulièrement visés et où ils pourraient provoquer des mouvements de panique préjudiciables à la collectivité. Par rapport à la guerre chimique, les centres de traitement du front et de l'arrière doivent être pourvus, à côté d'un médecin traitant, d'un psychiatre spécialisé.

Les névroses de guerre doivent être traitées dans les services spécialisés. Au point de vue thérapeutique, l'auteur prévoit l'hypnose, la suggestion et le courant faradique. Les prédisposés aux névroses ne doivent pas être incorporés. Ensuite, l'auteur consacre un chapitre, qui a trait à la débilité mentale, à l'alcoolisme, aux narcomanies et au suicide dans l'armée.

Dans les conclusions de son travail, relatives à l'organisation psychiatrique dans l'armée, le Médecin-Colonel Nelken se rallie aux principes préconisés en France par le Centre de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce.

FRIBOURG-BLANC.

La psychotechnique et la psychiatrie, par J.-M. LAHY. *La Prophylaxie Mentale*, janvier-juin 1934.

Après avoir fixé la place de la psychotechnique parmi les autres sciences, notamment les sciences exactes dont elle partage l'esprit et les méthodes, Lahy montre par des exemples, l'intérêt d'examen précis des divers modes de l'activité mentale, non seulement pour la sélection des enfants et des catégories de travailleurs, mais même pour éviter certaines causes d'erreurs dans l'interprétation de symptômes pathologiques. Lahy signale notamment la nécessité de n'apprécier le déficit intellectuel d'un paralytique général par exemple qu'en le comparant à la moyenne d'un groupe d'individus de même classe sociale, car la culture perfectionnerait les « techniques de la pensée », l'intelligence, comme elle perfectionne un « outil du travail mental », la mémoire.

M. Lahy termine en indiquant le rôle possible de la psychotechnique dans la prophylaxie des maladies mentales.

A. COURTOIS.

L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal, par M. G. Lef. de BELLEFEUILLE. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 752-759, août 1934.

L'auteur signale les services rendus par l'Ecole d'Hygiène Sociale appliquée, affiliée à l'Université de Montréal. La sollicitude de cette institution

ne s'exerce que sur les sujets de langue anglaise. Un Comité national, institué en 1929, se propose de venir en aide aux arriérés, instables, timides, bref aux anormaux et à ceux qui, sans être atteints de troubles bien déterminés, ne progressent pas régulièrement.

P. CARRETTE.

Bases anatomo-physiologiques, cliniques et étiologiques de l'hygiène mentale de l'enfant. Valeur diagnostique et pronostique des convulsions infantiles, par M. ROMA AMYOT. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 794-806, août 1934.

L'épilepsie de l'adulte trouve, pour une bonne part, sa cause dans les convulsions infantiles. La prophylaxie de l'épilepsie doit tenir un compte exact des traumatismes obstétricaux, des infections encéphaliques de l'enfance et de la syphilis héréditaire. L'auteur passe en revue ces 3 classes de causes morbides et les mesures thérapeutiques qu'elles commandent.

P. CARRETTE.

Cinq ans d'Hygiène Mentale dans le District de Québec, par M. J. C. MILLER. *L'Union Médicale du Canada*, T. LXIII, n° 8, pp. 780-786, août 1934.

Le Canada français, et la province de Québec en particulier, ont toujours tenu la tête du mouvement en faveur des malades mentaux. M. Miller, directeur médical de l'Ecole La Jemmerais, ouverte en septembre 1928, parle de cet établissement, tenu par les Sœurs de la Charité. L'Hôpital Saint-Michel-Archange, la Clinique Roy-Rousseau, le Dispensaire de l'Hôtel-Dieu, entre autres, joignent à leur activité scientifique, une organisation prophylactique et thérapeutique très complète.

P. CARRETTE.

Immigration et hygiène mentale. Remarques à propos de l'article du Docteur Martial, par Auguste MARIE. (*Hygiène Mentale*, Février 1934, p. 25).

L'auteur déplore que l'immigration ne soit pas mieux réglementée dans notre pays. Il nous montre avec des preuves, des chiffres à l'appui que de nombreux étrangers viennent ou sont envoyés en France uniquement pour se faire traiter gratuitement. Il demande que cette question soit examinée avec l'attention qu'elle mérite, car il s'agit là d'un véritable danger pour l'avenir de notre race et de notre pays.

Roger ANGLADE.

Le problème de l'alcoolique, par Jean SAUCIER. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 787-793, août 1934.

Le traitement de l'alcoolisme varie d'après le type étiologique. Pour M. Jean Saucier, l'alcoolique est un psychopathe qui entre dans l'une des 3 catégories suivantes : anormaux, abouliques et dipsomanes et on conçoit que les mesures de protection prises contre le pervers diffèrent essentiellement de la rééducation de l'aboulique ou du traitement des crises d'obsessions-impulsions du buveur intermittent.

P. CARRETTE.

La violence et l'hygiène mentale, par E. TOULOUSE. *La Prophylaxie Mentale*, janvier-juin 1934.

A l'occasion d'évolutions et de révolutions récentes, M. Toulouse rappelle le rôle qu'y a joué la violence, manifestation de l'instinct combatif, lui-même né de l'élémentaire instinct de conservation. Il signale les dangers des méthodes de violence, d'abord pour les victimes, et aussi pour ceux-mêmes qui les mettent en œuvre. Ces méthodes ne sont d'ailleurs pas nécessaires à l'évolution de l'humanité. Et au cas où deux forces viendraient en conflit, il est un seul arbitre qui soit désintéressé : la science.

A. COURTOIS.

Sterilisation chirurgicale et prophylaxie mentale, par G. D'HEUCQUEVILLE. *La Prophylaxie Mentale*, janvier-juin 1934.

Beaucoup plus prudent dans ses propositions et plus sage dans ses conclusions que bien des eugénistes contemporains, surtout étrangers, l'auteur indique les principes d'une stérilisation eugénique « à la française » : pratiquer la stérilisation dans les cas où elle apparaîtrait surtout comme opération thérapeutique, ensuite l'appliquer après expertise et décision du tribunal aux seules affections dont la transmission héréditaire est, pour le moment déjà, bien connue.

A. COURTOIS.

La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes, par M. Antonio BARBEAU. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 811-849, août 1934.

La question de la stérilisation des anormaux, encore que très jeune, possède déjà une importante bibliographie dont l'auteur nous signale de nombreux éléments. Les mesures que peut envisager l'eugénique sont variées, mais il manque à cette science trop de certitudes cliniques et biologiques pour qu'elle puisse élaborer un projet de loi sur la stérilisation des anormaux. Comme pour l'avortement légal, il ne saurait y avoir dans l'état actuel des choses que des cas d'espèces, des cas de conscience médicaux dit M. Barbeau, mais pas de données scientifiques générales, suffisantes pour établir un code.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

La pyrétothérapie dans le traitement des maladies mentales (paralysie générale exceptée), par E. LARRIVÉ et A. MESTRALLET (Lyon Médical, n° 16, 22 avril 1934).

Les auteurs publient ici la statistique de 3 ans de pyrétothérapie de 104 malades choisis parmi les seuls cas où une perturbation anatomique ou biologique paraissait pouvoir être invoquée (à l'exception des maladies mentales « d'évolution » : débilité mentale, arriération psychique, déséquilibre constitutionnel, et des syndromes mentaux « d'involution »).

Les agents pyrétogènes employés ont été le vaccin antichancrelleux de Nicolle, l'huile soufrée et la malaria, les auteurs estimant de plus nécessaire

de combiner ces méthodes, de les associer pour réaliser des traitements échelonnés sur plusieurs mois.

Pour éviter l'objection des guérisons tardives spontanées, les auteurs n'ont retenu au crédit de la pyrétothérapie que les améliorations ou les guérisons apparues au cours du traitement ou dans les semaines immédiatement consécutives.

De cette statistique, MM. E. Larrivé et Mestrallet concluent que la pyrétothérapie est inefficace dans la psychose hallucinatoire chronique et dans tous les cas où l'élément hallucinatoire est prédominant, que les accès maniaques ou mélancoliques qui se prolongent malgré le traitement habituel sont justiciables de la pyrétothérapie, que la pyrétothérapie, répétée, en séries, appliquée précocement, peut donner d'heureux résultats à la phase de début de la démence précoce, que son action est particulièrement efficace dans la confusion mentale primitive où elle peut abréger la durée des accès aigus et surtout dans les confusions mentales suspectes où, à condition d'alterner les agents pyrétogènes et d'appliquer la médication avec ténacité, on obtient des résultats que, souvent, on n'osait plus espérer. Les auteurs concluent que, malgré l'imprécision actuelle de ses indications et de son mécanisme d'action, la pyrétothérapie mérite de devenir un procédé thérapeutique courant et non d'être une méthode d'exception utilisée seulement dans les cas chroniques après échec des autres procédés thérapeutiques.

RENÉ CHARPENTIER.

La pyrétothérapie dans la schizophrénie, par MM. D. PISANI et R. SINISCALCHI, de Rome. *L'Ospedale psichiatrico*, octobre 1933.

Etude richement documentée se rapportant à 163 cas de démence précoce, traités par la pyrétothérapie avec les résultats suivants : résultats nuls 76, 1 %, légères améliorations 12,2 %, rémissions complètes 3,7 %, améliorations notables 3,1 %, guérisons cliniques 3,1 %, rémissions incomplètes 1,2 %, aggravations 0,6 %. Tous étaient dans un état d'évolution avancée.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans la forme catatonique. Ce furent les injections de soufre et de pyrétamine qui donnèrent les résultats les plus encourageants. Les auteurs estiment qu'il y a lieu de poursuivre ce traitement et qu'il est nécessaire de multiplier et de prolonger les observations avant d'émettre des conclusions quelconques.

PAUL ABÉLY.

Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces, par MM. Henri CLAUDE, H. EY et J. DUBLINEAU. *L'Avenir médical*, n° 10, pp. 308-309, décembre 1933.

Le traitement préconisé par les auteurs chez les déments précoces consiste en injections de sulfosine à 1 % à doses progressives à partir de 1 cc., associées à l'allochrysine intramusculaire à 0 gr. 05. Cette thérapeutique est évidemment inspirée par les recherches récentes sur le rôle de la tuberculose dans la schizophrénie. Du point de vue physique, il y eut 7 améliorations sur 9 cas (les 2 échecs concernent des tuberculeuses avérées). Les troubles mentaux de 5 malades (formes récentes et jeunes) régressèrent. Les cas anciens, surtout paranoïdes, parurent plus rebelles.

P. CARRETTE.

L'Huile Soufrée dans le traitement des états d'agitation, par Maurice FEUILLADE et Henri EDEL (*Journal de Médecine de Lyon*, N° 347, 20 juin 1934, p. 437).

Les auteurs rapportent 7 cas d'agitation maniaque aiguë, qu'ils ont soumis à la pyrétothérapie par l'huile soufrée. Ils ont obtenu 4 guérisons complètes, 1 amélioration passagère, 2 échecs.

Dans les cas favorables, le traitement fut institué dès le début de l'affection ; cette méthode exempte de dangers permit parfois d'écourter l'évolution de l'accès.

Selon les auteurs, à l'action pyrétotherapique de l'huile soufrée doit s'ajouter une action chimiothérapique qui entraînerait une leucocytose polynucléaire importante et modifierait la barrière hémato-méningée.

E. LARRIVÉ.

La sulfopyrétothérapie de la paralysie générale (A sulfopiretoterapia na paralyisia geral), par Mario YAHN. *São Paulo Medico*. T. I, n° 1-2, pp. 1-12, mai-juin 1933.

La recherche d'un procédé pyrétotherapique contrôlable incite les auteurs à substituer à la malaria d'autres agents. Le soufre a été utilisé par Yahn en solution huileuse à 0,8 % à raison de 1 ou 2 cmms. en injections intramusculaires. Les inconvénients sont les suivants : intervention douloureuse, parfois des malaises généraux. Les résultats positifs sont encourageants.

P. CARRETTE.

La méthode Mariotti et la pyrétothérapie sulfurée dans la paralysie générale, par Angelo VANELLI (Novare). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur a appliqué la Méthode Mariotti (antiliquorarsenobenzoloïdothérapie) à 15 cas de paralysie générale. 5 seulement profitèrent de cette méthode. Un mois après avoir employé ce traitement pour 5 autres P. G., on appliqua la thérapeutique sulfurée avec 10 accès fébriles et aux 5 derniers, on utilisa en même temps les 2 méthodes. L'auteur apprécie que la Méthode Mariotti est utile à conseiller. Mais il trouve plus utile d'unir en même temps la thérapeutique sulfurée.

Paul ABÉLY.

Malariathérapie et Paralysie Générale. Hypothèses pathogéniques, par Jean LÉPINE (*Journal de Médecine de Lyon*, N° 347, 20 juin 1934, p. 421).

Selon l'auteur, les théories attribuant les avantages de la malaria à ce qu'elle faciliterait d'une manière directe le traitement spécifique ne correspondent pas à la réalité des faits ; il rejette également la thèse de l'antagonisme de la syphilis et de la malaria.

Selon lui, ce qui domine avant tout, c'est la notion de terrain qui, en matière de paralysie générale, explique mieux que tout les anomalies apparentes que l'on rencontre dans les circonstances d'apparition de la maladie. C'est essentiellement une maladie de la nutrition des cellules nerveuses, maladie d'un organisme sensibilisé par la syphilis et dans le cerveau duquel des conditions biologiques ou physico-chimiques attirent les tréponèmes.

La malaria agit surtout en transformant les résistances de l'organisme et en provoquant des phénomènes d'immunité. Il est possible que les propriétés particulières de l'accès palustre aient également une action, notamment au point de vue de la destruction globulaire et de la mise en liberté des ferments du sang.

E. LARRIVÉ.

Le devenir des paralytiques généraux malarisés ; expérience de neuf ans de malariathérapie, par Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN. *La Presse Médicale*, n° 99, pp. 2005-2010, 13 décembre 1933.

Les résultats immédiats de la malariathérapie, pratiquée par Henri Claude et Pierre Masquin dans la paralysie générale, pendant 9 ans, sont les suivants : 23,6 % de bonnes rémissions, 17,6 % de rémissions. Ces deux catégories réunies, soit 41,2 %, correspondent à des cas de récupération sociale. Dans 17 % des cas, les améliorations ont été réelles, mais insuffisantes. 18 % des essais n'ont rien donné. Enfin, les autres malades sont morts plus ou moins rapidement (23 %). Ce point de départ était intéressant à fixer. L'expérience montre que les résultats favorables se maintiennent longtemps, que les rechûtes sont rares, que les réimpaludations peuvent être profitables, que les meilleures rémissions durables s'observent chez les malades soucieux de suivre régulièrement les cures arsenicales et bismuthiques prescrites après la malaria. Malgré quelques observations paradoxales, les auteurs concluent que l'impaludation précoce reste le traitement de choix de la paralysie générale. Elle est supérieure aux autres méthodes de cure. Elle fournit le pourcentage le plus fort et le plus durable de récupérations sociales.

P. CARRETTE.

Délires secondaires à la Malariathérapie, par M. Rodolphe RICHARD. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 890-892, août 1934.

Faut-il incriminer le paludisme ? Les délires secondaires chez les paralytiques généraux impaludés ne seraient-ils pas plutôt des accidents évolutifs ? L'auteur estime qu'il s'agit de simples modifications du type clinique que la malaria ne saurait créer. Les délires polymorphes des paralytiques sont connus depuis longtemps et on peut admettre qu'ils correspondent à des prédominances dans les localisations lésionnelles.

P. CARRETTE.

Des variations des troubles pupillaires de la paralysie générale sous l'influence de la malariathérapie (Ueber die Beeinflussbarkeit der Pupillensorstörung der progressiven Paralyse durch die Malariabehandlung), par le Dr K. OHYAMA (Hokkaïdo). *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, Tome I, cahier I, décembre 1933, p. 1 à 9.

Les travaux déjà nombreux publiés sur ce point restent sans conclusions bien nettes en raison de la difficulté de mesurer les réactions. En utilisant le « différentiel pupilloscope de Hess » (cf. *Arch. für Augenheilkunde*, tome 83, 1916), une amélioration notable des réactions de l'iris après le traitement malarique a pu être mis en évidence dans 5 cas sur 9 et surtout dans les formes expansives de la maladie, fait que l'on n'observe pas après

les pyrétothérapies banales. L'auteur de cet excellent travail, détaillé et clair, croit pouvoir admettre qu'avant le déficit lésionnel il existe une phase durant laquelle le trouble est purement fonctionnel et amendable. Bibliographie.

Henri Ey.

Pyrétothérapie de la paralysie générale par injections intraveineuses de gono-vaccin (Fiebertherapie der progressiven Paralyse durch intravenöse Injektion von gono-vaccin), par S. UYEMATZU, Y. FUJII et H. KAMANO (Tokio). *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, Tome I, cahier I, décembre 1933, p. 15 à 17.

Les auteurs proposent les injections répétées de gono-vaccin (0,3 à 0,5 cc.) qui provoqueraient des accès thermiques réguliers, rapides, inoffensifs et efficaces (14 cas, dont 3 décès et 4 améliorations notables).

Henri Ey.

Nouvelle méthode de pyrétothérapie (Nuovo metodo di piretoterapia), par le Dr Ruggero PASQUALINI. *Rivista di pato. nerv. e ment.*, Janvier-Février 1934, p. 379 à 382.

L'auteur propose un nouvel « extrait bactérien », le « piretamine », pour le traitement de la paralysie générale, dont il estime que la malaria-thérapie ne constitue qu'une pure et simple pyrétothérapie non spécifique. Ses essais ont été tentés sur un cas de tabo-paralysie et trois cas de paralysie générale.

Henri Ey.

Le traitement de la démence paralytique par la diathermie. Modifications histologiques dans les cas traités (The Diathermy Treatment of Dementia Paralytica. Microscopic Changes in Treated Cases), par Walter FREEMAN, Théodore C. FONG et S. J. ROSENBERG. *The Journal of the American Medical Association*. T. C, pp. 1749-1753, 3 juin 1933.

Voici une note nettement pessimiste : peu d'améliorations cliniques profondes par la diathermothérapie isolée de la paralysie générale, des risques de mort et d'accidents variés chez les malades atteints de crises convulsives. Les auteurs nous apprennent également qu'il n'y a pas de bons effets à attendre des traitements arsenicaux et bismuthiques quand la diathermie est mise en échec. Leur expérience n'est pas très étendue (6 cas), mais leurs observations sont complètes. Le contrôle histologique leur a révélé la persistance de l'évolution des lésions inflammatoires en dépit du traitement diathermique.

P. CARRETTE.

Le traitement de la paralysie générale juvénile (The Treatment of Juvenile General Paralysis), par Howard W. POTTER. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 4, pp. 593-612, octobre 1933.

La paralysie générale juvénile et infantile est justiciable, d'après Potter, du traitement par la malaria ou la tryparsamide. Le second procédé doit avoir la préférence chez l'enfant, car il est plus maniable. Dans quelles conditions appliquer la thérapeutique spécifique ? Il ne saurait être ques-

tion d'attendre les certitudes diagnostiques. Les caractères cliniques de la paralysie générale sont trop souvent tardifs et imprécis chez les sujets jeunes. Tout individu suspect de syphilis héréditaire, arriéré, ou atteint d'une forme quelconque de psychopathie, doit être l'objet d'un examen complet du liquide céphalo-rachidien. Si la preuve est faite de l'altération syphilitique des méninges, Potter prescrit le traitement, même en l'absence de tout signe neurologique ou mental de paralysie générale authentique.

P. CARRETTE.

Traitement de la neurosyphilis par la tryparsamide (Tryparsamide in the Treatment of Neurosyphilis), par Hans H. REESE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVIII, n° 4, pp. 354-361, octobre 1933.

L'auteur emploie les injections intraveineuses de tryparsamide aux doses de 2 à 3 grammes. Il admet son manque d'efficacité dans un grand nombre de cas de paralysie générale, mais il utilise son action adjuvante pour préparer un malade en état physique défavorable à recevoir la malaria ou pour compléter la pyrétothérapie. Ainsi compris, le traitement par la tryparsamide rendrait de grands services, l'effet de l'impaludation ayant souvent besoin d'être soutenu.

P. CARRETTE.

Accidents oculaires au cours du traitement par les sels d'arsenic pentavalents, par P. BOUSSI. *Archives hospitalières*, n° 6, pp. 343-347, novembre 1933.

L'activité réelle et la facilité d'application du traitement de la syphilis nerveuse par les sels arsenicaux pentavalents ont rendu leur usage de plus en plus fréquent. Or, le stovarsol et l'acétylarsan, — le plus souvent en cause, — ne sont pas sans dangers et réveillent parfois la névrite optique souvent latente. Avant le début d'une cure, le médecin a le devoir de pratiquer les examens oculaires et pendant le traitement il doit les renouveler, surtout chez les sujets atteints d'artério-sclérose, d'insuffisance rénale ou hépatique.

P. CARRETTE.

Thérapeutique endorachidienne de la neuro-syphilis (Terapia endo rachidea della neurosifilide), par le Prof. G. C. RIQUEUR et le Dr G. QUARTI (Padova). IX^e Congrès de la Soc. de Neuro. Ital. Octobre 1932, in *Rivista di Pato. nerv. e ment.*, Janvier 1934, p. 174 à 177.

Les auteurs, à la suite d'une précédente publication de l'un d'eux (Riquier), ont utilisé des injections de tartrate basique de bismuth en suspension huileuse (Tripol) telle que chaque cc. contienne 25 mmgr. de substance active. Ils ont injecté de 1 cc. à 1 cc. 1/2 chaque fois et ont répété l'injection au bout de 15 jours, 1, 2 ou 3 fois et plus. Pas d'accidents notables. Sur 14 cas de paralysie générale, traités par deux injections, il y a eu 5 rémissions légères et 9 cas sans changement. Sur 16 malades traités par trois injections, ils ont noté 2 bonnes rémissions, 4 rémissions légères, 10 états stationnaires. Sur 7 cas traités par quatre injections, il y a eu une bonne rémission, 5 améliorations et 4 cas sans modifications. Sur 11 cas traités par 5 ou 6 injections, ils ont obtenu 3 excellentes rémissions, 4 bonnes rémissions et 4 rémissions légères. Les auteurs signalent de bons résultats aussi dans le tabès (14 améliorations sur 21 cas traités), mais peu favorables dans la tabo-paralysie.

Henri Ey.

Le traitement de la Paralyse générale par les injections endoveineuses d'auto-liquide céphalo-rachidien médicamenteux (La cura della paralisi progressiva con le iniezioni endoveinose di autoliquor medicato), par le Dr E. MARIOTTI (Naples). IX^e Congrès de la Soc. Ital. de Neuro., Octobre 1932, in *Rivista di Pato nerv. e ment.*, Janvier 1934, p. 372 à 379.

En vertu de principes physiothérapeutiques assez vagues, l'auteur préconise un traitement qu'il ne craint ni d'appeler « *autoliquor arsenobenzoliodotherapie* », ni d'appliquer. Il prélève toutes les semaines 10 ou 15 cc. de liquide céphalo-rachidien, qu'il réinjecte au patient par voie intraveineuse après y avoir dissous du novar et de l'endoiodine (Bayer). La cure est complétée par des injections de bismuth et d'endoiodine. Sur 27 malades ainsi traités, 15 ont été assez heureux pour être notablement améliorés, 4 ont été légèrement amendés ; 8 seulement n'ont pas bénéficié de la thérapeutique du Dr Mariotti.

Henri Ey.

Injection endorachidienne de phenolsulfonephtaléine et d'eau bidistillée dans un but pyrétéo-neurothérapique (Iniezione endorachidea di fenolsulfonftaleina e di acqua bidistillata a scopo di pireto-neuroterapia), par le Prof. Gaetano BOSCHI (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, fasc. 3, 1933, p. 271 à 276.

L'injection endorachidienne de 1 cc. de phénolsulfonephtaléine en solution à 3 p. 100 dans de l'eau bi-distillée, a eu pour résultat le plus remarquable de provoquer des signes pyramidaux fugaces.

Henri Ey.

De l'action thérapeutique sur les modifications pathologiques de la pression du Liquide céphalo-rachidien (Über die therapeutische Beeinflussung von pathologischen Liquordruck Veränderungen), par Carl RIEBELING (Friedrichsberg-Hamburg). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, tome CXLV, 1933, p. 38 à 45.

Les recherches de l'auteur ont porté sur les variations transitoires de la pression du liquide céphalo-rachidien. Conformément à la technique de Loeper, il a utilisé les solutions hypertoniques, notamment dans l'état de mal (50 cc. intraveineux d'une solution de glucose à 40 %) après saignée et soustraction de 60 à 80 cc. de liquide céphalo-rachidien. Les solutions hypertoniques ont favorablement influencé par voie intraveineuse les états d'hypotension. Il recommande l'usage de l'injection d'un litre de sérum physiologique par voie hypodermique après la ventriculographie.

Henri Ey.

Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens ? par J. BELOT et L. DELHERM. *La Presse Médicale*, n° 47, pp. 945-947, 14 juin 1933.

Les trois traitements de la maladie de Basedow peuvent trouver leur application chez le même sujet. Le résultat dépend avant tout de l'expérience du médecin. On a reproché aux rayons X des altérations cutanées et tissulaires pouvant gêner l'intervention chirurgicale ultérieure ; faits contestés par

d'autres auteurs. La chirurgie est responsable de chéloïdes, d'accidents circulatoires et nerveux graves. L'iode est inefficace dans nombre de formes cliniques sévères et la radiothérapie devient souvent le traitement de choix. Elle permet au malade de ne pas interrompre toute vie active, conserve l'intégrité de sa peau et ne l'expose jamais aux accidents mortels.

P. CARRETTE.

Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow, par Jean OLMER. *Le Progrès Médical*, n° 43, pp. 1817-1825, 28 octobre 1933.

Retenons, de cette étude, l'importance de différencier les pseudo-basedow d'origine nerveuse, les formes secondaires et la symptomatologie des formes frustes. Les notions étiologiques et pathogéniques doivent être d'autant mieux précisées que la thérapeutique en découle : les cures glandulaires, l'iode, les régulateurs neuro-végétatifs agissent très diversement suivant les cas. Le critère de toute action médicale reste le métabolisme basal. La décision d'une intervention chirurgicale ne saurait être prise aujourd'hui sans lui. Olmer rappelle les difficultés techniques qui peuvent résulter de la radiothérapie pratiquée antérieurement, mais il reconnaît que, malgré l'inconvénient de la trop grande lenteur, elle peut donner des résultats satisfaisants.

P. CARRETTE.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par M. G. JEANNENEY. *Le Progrès Médical*, n° 49, pp. 2099-2107, 6 décembre 1933.

Les échecs du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow doivent être imputés le plus généralement à des interventions trop tardives ou incorrectes. M. Jeanneney estime qu'opéré précocement, avec les précautions techniques et médicales indispensables, le goitre exophtalmique peut guérir dans 80 à 90 % des cas.

P. CARRETTE.

Les bases physiologiques du traitement de l'hypertension par la vagotonine, par D. SANTENOISE, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH et C. FRANK. *La Presse Médicale*, n° 90, pp. 1745-1750, 11 novembre 1933.

La vagotonine, hormone pancréatique, agit sur les régulateurs de la tension artérielle. Elle accroît le tonus vagal et diminue secondairement l'excitabilité du sympathique entier. C'est un antagoniste de l'activité adrénalinique. Elle permettrait donc une thérapeutique des états d'hypertension artérielle, non seulement symptomatiques, mais encore des formes liées aux perturbations des éléments régulateurs de la pression.

P. CARRETTE.

Action de l'insuline sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards, par LÉON TIXIER et Stanislas de SÈZE. *Le Monde Médical* n° 837, pp. 1005-1009, 15 novembre 1933.

L'insuline serait capable de diminuer la tendance aux précipitations cholestériniques chez les vieillards athéromateux. Tixier et de Sèze injectent pendant un temps très long 10 unités d'insuline par jour, soit 30 jours consécutifs avec interruptions d'un mois, soit 20 jours avec 10 jours d'arrêt. Ils ont observé une amélioration de la situation des malades victimes

d'ictus paralytiques : régression des troubles moteurs et trophiques, meilleur état général et souvent absence de récidives chez des sujets qui avaient eu auparavant plusieurs attaques.

P. CARRETTE.

Directives pour le traitement des états de dépression dans la psychose maniaque-dépressive (Richtlinien für die Behandlung manisch-depressiver Depressionen), par Helgi TOMASSON. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933.

Les troubles fondamentaux des états de dépression d'origine maniaco-dépressive sont dus en partie à la parésie du parasymphatique (dépression affective, inhibition), en partie à l'hypertonie du sympathique (anxiété). La pilocarpine, administrée sous forme d'infusion de feuilles de jaborandi, excite le parasymphatique et a une influence très favorable sur l'état mental du malade et sur ses troubles somatiques. L'éphédrine, excitant du sympathique, aggrave l'anxiété, l'ergotoxine l'atténue. Le traitement classique, qui consiste dans l'association de bromure et d'opiacés, agit défavorablement sur presque tous les symptômes, à l'exception parfois de l'anxiété.

E. BAUER.

Traitement des états maniaques, par M. H. TELLIER. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 911-921, août 1934.

Les indications thérapeutiques essentielles dans la manie sont simples ; encore faut-il les appliquer judicieusement : le séjour au lit, dans certains cas la contention mécanique pour éviter l'abus des calmants toxiques, l'hydrothérapie, la bonne hygiène digestive forment les bases du traitement d'un accès aigu d'agitation. Les cures spéciales opothérapiques, sériques, appelées sans doute à un avenir meilleur, ne paraissent pas encore au point. L'auteur n'oublie pas la psychothérapie du convalescent, si importante dans les formes cliniques à résolution trainante.

P. CARRETTE.

Contribution nouvelle à l'étude du traitement de la morphinomanie (Nueva Contribución al Estudio del Tratamiento de la Morfinomanía), par Juan SOLER. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. 1^{re} année, n° 1, pp. 47-55, septembre 1933.

L'auteur publie de nouveaux documents sur le traitement de la morphinomanie par la méthode brusque. Il observe un malade présentant des secousses musculaires douloureuses et un délire onirique. Il ne voit pas là une contre-indication. Les morphinomanes peuvent réagir en névropathes, leurs troubles au cours de la désintoxication rapide sont fugaces et ce qui importe c'est la surveillance du cœur et des réactions hyperthymiques succédant immédiatement au sevrage.

P. CARRETTE.

Du traitement des toxicomanes par les lipides végétaux, par Roger DUPOUX, médecin et Maurice DELAVILLE, chef de laboratoire à l'hôpital Henri-Rousselle (*Encéphale*, Mars 1934, pages 145 à 166).

Frappés par le soulagement qu'apportent aux morphinomanes en cours de traitement les injections de solutions huileuses, les auteurs, après avoir

pris connaissance des travaux d'Overton et de certains médecins étrangers sur la thérapeutique de la morphinomanie par les lipides végétaux, ont eu l'idée de mettre au point un traitement lipoïdal de la narcomanie.

Dans cet article qui présente, on le conçoit, le plus grand intérêt, les docteurs Dupouy et Delaville nous font connaître leur méthode et dans ses moindres détails. Ils nous rapportent 30 observations des plus démonstratives. Avec ce traitement, ils n'ont eu aucun échec. La cure est courte. Les malades n'éprouvent que faiblement l'état de besoin, ils peuvent se reposer, s'alimenter malgré la suppression brusque du toxique et les quelques malaises qu'ils éprouvent leur paraissent supportables.

Roger ANGLADE.

Contribution à l'étude des hypnotiques du groupe des uréides de la chaîne fermée saturée, destinée à obtenir un corps nouveau du même groupe (Contribucion al estudio de los hipnoticos del grupo de los ureidos de cadena cerrada saturada, con motivo de la obtencion de un nuevo cuerpo del mismo grupo), par Fulgencio FUERTES et Alejandro GUADAN de LÁSCARIS. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n^{os} 35 à 43, 2 septembre à 28 octobre 1933.

Les dérivés barbituriques de l'urée utilisés comme hypnotiques peuvent être répartis en quatre classes chimiques d'après leurs réactions : groupes du Luminal, du Diogénal, du Codéonal et du Véronal. En thérapeutique, leurs effets sont moins faciles à caractériser. On peut cependant préciser leur valeur d'après leur solubilité et la proportion de certaines molécules dont le rôle a été plus particulièrement expérimenté. Fulgencio Fuertes, avec la collaboration du pharmacien-chimiste Guadan de Láscaris, a réalisé une synthèse nouvelle par l'union de deux molécules barbituriques et la fixation des deux radicaux phényl et éthyl. Le sel disodique de l'acide obtenu est très soluble et aisément stérilisable avec 4 % d'alcool à 90°.

Les avantages du nouveau produit seraient appréciables : pouvoir hypnotique intense, dédoublement qui empêche l'accumulation à doses élevées, absorption rapide, sans réactions toxiques secondaires, réveil euphorique, propriétés antispasmodiques et anticonvulsives dues au radical phényl.

P. CARRETTE.

Utilisation de l'amytal sodique pour prévenir les réactions associées à la ponction lombaire (Use of Sodium Amital in Prevention of Reactions Associated with Lumbar Puncture) par Georges V. KULCHAR et Allen D. KING. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXX, n^o 1, pp. 170-174, juillet 1933.

Les incidents consécutifs à la ponction lombaire sont combattus par l'emploi de substances capables de relever la pression céphalo-rachidienne. L'amytal sodique est un barbiturique qui réalise expérimentalement cette condition. La ponction lombaire est rendue plus aisée par l'absorption buccale de ce médicament, qui est un excellent sédatif. Son action dure au minimum 12 heures. Les auteurs notent que les malaises sont supprimés dans environ la moitié des cas.

P. CARRETTE.

Traitement des accidents post-rachianesthésiques par l'éphétonine (Tratamiento de los accidentes postraquianestésicos por la efetonina), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, n° 3, pp. 445-450, mai-juin 1933.

Il existe un tableau clinique classique en rapport avec l'hypotension céphalo-rachidienne, qui résulte du prélèvement d'une certaine quantité de liquide pour des fins anesthésique, thérapeutique ou diagnostique. Les signes habituels sont la céphalalgie, les nausées, les vertiges, et parfois la tachycardie. L'éphétonine, dit l'auteur, contracte les vaisseaux périphériques, élève la pression, active l'irrigation des territoires centraux, accélère la filtration plexo-choroïdienne et finalement rétablit la tension du liquide cérébro-spinal. Des résultats appréciables sont obtenus également avec l'éphédrine, l'acétylcoline ou l'adrépaline, avec le « Reviten », association d'éphédrine, d'adrénaline et de lobe postérieur d'hypophyse, qu'on emploie diluée au 10^e ou au 20^e dans du sérum physiologique ; dans les cas urgents par voie intraveineuse.

P. CARRETTE.

Les bromures en pratique psychiatrique, par M. H. CODET. *Le Progrès Médical*, n° 48, pp. 2055-2059, 2 décembre 1933.

La découverte du gardénal, l'action plus brutale du chloral ont supplanté l'utilisation du bromure en thérapeutique neuro-psychiatrique. Son emploi reste cependant une ressource importante par la possibilité de choisir parmi les trois sels alcalins, répondant à des besoins différents. Dans l'épilepsie, le bromure a une action moins dépressive que les barbituriques. Il peut être recommandé dans les états d'agitation motrice et chez les névropathes.

P. CARRETTE.

L'épiphyse en thérapeutique, par H. M. FAY. *Les Sciences Médicales*, pp. 169-170, 15 juillet 1933.

Le rôle de l'épiphyse dans la macrogénitosomie paraît très limité. Cette glande est considérée par Fay comme un organe neurocrine, intéressé au fonctionnement neuro-glandulaire. Son développement serait lié à l'évolution précoce du langage. L'épiphyse administrée pendant un temps assez long, non seulement corrige l'agnosie auditive, mais favorise l'évolution de l'entendement. Elle permet d'obtenir un meilleur rendement scolaire, là où la thyroïde et l'hypophyse avaient été employées sans résultats.

P. CARRETTE.

A propos de sept cas de rhumatisme chronique ankylosant traités par parathyroïdectomie, par G. JEANNENEY. *Technique Chirurgicale*, n° 6, pp. 189-198, octobre 1933.

L'ablation des parathyroïdes donne des améliorations sensibles dans certains rhumatismes ankylosants ayant résisté à tous les traitements. L'énervation sympathique de la région pratiquée en cours d'intervention fait qu'il est encore impossible aujourd'hui d'attribuer les résultats à un mécanisme

unique et précis. La mise en œuvre du traitement demande toute l'attention d'un spécialiste adroit. Il faut en effet mobiliser prudemment les articulations intéressées, administrer du calcium et de l'ergostérine après l'opération et parfois même la parathormone en injections.

P. CARRETTE.

Psychothérapie dans les Hôpitaux Psychiatriques (Psychotherapy in Public Mental Hospital), par M. Richard H. HUTCHING. 89^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 659-665, novembre 1933.

Les résultats de la psychothérapie sont surtout appréciables dans les états frustes, au stade de réadaptation des convalescences, dans la période initiale des schizoïdies. Le succès des méthodes est à la merci de détails d'organisation sur lesquels l'auteur insiste : premiers contacts avec le personnel du service social, aspects des locaux, allure des autres patients, conversations, choix des conditions extérieures de l'interrogatoire médical, élaboration d'un programme horaire d'occupations et de distractions.

P. CARRETTE.

Conditions d'une Psychothérapie adéquate dans un Hôpital psychiatrique (Determinants of Adequate Psychotherapy in a Public Mental Hospital), par M. Leland-E. HINSIE. 89^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 667-669, novembre 1933.

Une bonne psychothérapie exige la régression assurée du syndrome clinique, l'absence de préoccupations graves et justifiées concernant l'état physique, un personnel éduqué, des malades judicieusement sélectionnés. Il s'agit d'imposer au patient une façon de juger, de sentir, en rapport avec le nouveau milieu par un véritable transfert au profit de l'ambiance hospitalière.

P. CARRETTE.

L'organisation de la Psychothérapie (The Organization of Psychotherapy), par M. Roscoe W. HALL. 89^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 671-677, novembre 1933.

Le comportement d'un psychopathe est au moins aussi important que ses paroles et les étapes de sa guérison méritent autant d'attention que celles de l'entrée dans la maladie. L'idéal, pour un hôpital, est de posséder un département psychothérapique spécial avec ses locaux, son personnel infirmier et médical, mais l'impossibilité de réaliser d'aussi favorables conditions n'implique pas la nécessité de se résigner à l'abstention. Il est nécessaire de développer partout une attitude psychothérapeutique. Elle doit faire partie de la culture professionnelle du personnel hospitalier ; elle est utile pour chaque malade et celle que l'on pratique chez le psychopathe doit tendre à n'être que la spécialisation et le renforcement d'un comportement général.

P. CARRETTE.

Obstacles à la Psychothérapie (Obstacles to Psychotherapy), par M. L. Lewis B. HILL. 89^e Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 677-683, novembre 1933.

La psychothérapie a rencontré des difficultés d'application par le fait de nombreuses erreurs dans l'éducation médicale. L'étudiant est d'abord initié à la clinique. La tendance, si féconde, d'union entre la biologie, la médecine et la psychiatrie conduit de nombreux praticiens à ne considérer que le point de vue organique, à y subordonner toute initiative thérapeutique et à négliger le côté psychologique des faits. La carrière médicale ainsi orientée donnera des psychothérapeutes sceptiques le jour où les méthodes psychothérapiques seront mises à l'essai. Il y a lieu, selon M. Hill, de lutter contre toute tendance systématique. C'est une formation spéciale de l'esprit qu'il faut inculquer à l'étudiant, parallèlement aux études théoriques et cliniques.

P. CARRETTE.

Sur l'optimisme en thérapeutique psychiatrique, par M. Paul VERSTRAETEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1934).

M. Verstraeten, énumérant les bienfaits et les indications de la thérapeutique morale, de la suggestion bien comprise, ou plutôt de la persuasion, voit dans l'optimisme, dans la conviction raisonnée et souriante, une force très efficace génératrice d'action bienfaisante en thérapeutique individuelle ou sociale. Le psychiatre, comme le soutient l'auteur, doit apprendre à réintégrer et à utiliser en thérapeutique les forces morales.

SENGÈS.

Les compressions médullaires par lymphogranulomatose maligne [maladie de Hodgkin]. **Traitement opératoire d'un cas** (As Compressoes Medulares da Linfogranulomatose Maligna [Doença de Hodgkin]. Tratamento operatorio dum caso), par Egas MONIZ et Diogo FURTADO. *Arquivos Rio Grandenses de Medicina* (Porto Alegre), n° 5, pp. 321-332, juillet 1933.

Il s'agit d'un cas de maladie de Hodgkin avec localisation intrarachidienne. Le patient, paraplégique, présentait des troubles de la sensibilité remontant jusqu'à la dixième dorsale. Les auteurs ont pratiqué l'intervention et excisé un ganglion axillaire. L'histo-diagnostic a confirmé leur hypothèse en l'absence de symptomatologie générale. Le traitement chirurgical n'est pas appliqué dans les cas analogues. Moniz et Furtado le préconisent quand l'état du malade est satisfaisant. Ils n'ont eu qu'à se louer de leur initiative. La marche est actuellement possible. L'amélioration a été complétée par l'application de rayons X.

P. CARRETTE.

Roentgenthérapie lombo-sacrée et périphérique appliquées à la sciatique, par Louis DELHERM et François NILUS. *La Presse Médicale*, n° 84, pp. 1625-1626, 21 octobre 1933.

Les résultats favorables obtenus par les rayons X, tantôt par voie rachidienne, tantôt par voie périphérique, montrent qu'on ne saurait admettre

dans la sciatique une étiologie simple. Il y a des syndromes radiculaires et funiculaires, mais il y a également des syndromes névritiques avec atteinte des branches nerveuses, troubles vasculaires et sympathiques.

P. CARRETTE.

Traitement chirurgical des phlébites et thrombo-phlébites sinuso-jugulaires, par M. Georges PORTMANN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1934).

La moitié à peu près des thrombo-phlébites du sinus caverneux est d'origine auriculaire (Moreux et Christophe). la thérapeutique est inopérante dans la plupart des cas. La thrombo-phlébite du sinus latéral jouant un rôle important dans l'infection du sinus caverneux, l'auteur étudie la thérapeutique des thrombo-phlébites du sinus latéral et passe en revue les symptômes cliniques qui commandent, d'après lui, l'intervention.

SENGÈS.

Technique des diverses sympathectomies lombaires, par R. LERICHE et R. FONTAINE. *La Presse Médicale*. N° du Quarantenaire 92, pp. 1819-1822, samedi 18 novembre 1933.

Par sympathectomie lombaire, Leriche et Fontaine désignent les interventions qui portent sur les chaînes latéro-vertébrales, rameaux communicants et ganglions, à l'exclusion des sections de branches périphériques et plexiformes, destinées à combattre des syndromes spasmodiques, douloureux, paralytiques, vaso-moteurs. Les divers temps de l'intervention sont décrits et figurés sur des schémas et des dessins des régions abdominales inférieures et pelviennes.

P. CARRETTE.

Diagnostic et traitement des convulsions infantiles, par Henri ROGER. *Le Monde Médical*, n° 836, pp. 973-982, 1 novembre 1933.

Les convulsions sont généralisées ou localisées. Elles doivent être différenciées de la tétanie, des spasmes de la glotte. Elles sont symptomatiques d'une affection nerveuse ou d'un état toxi-infectieux ou se présentent isolément dans l'hyperpyrexie, le sanglot, la spasmophilie. Enfin, les enfants présentent des crises convulsives à la suite des traumatismes obstétricaux, parfois quand ils sont hérédosyphilitiques ou atteints d'encéphalite. Roger conseille l'usage des sédatifs habituels, les mesures destinées à établir le calme et la détente dans l'ambiance et les traitements spéciaux des affections dont les états convulsifs aident parfois à faire le diagnostic.

P. CARRETTE.

Le traitement curatif du tétanos (association de l'anesthésie chloroformique à la sérothérapie), par R. LEHMAN. *Le Monde Médical*, n° 836, pp. 983-987, 1^{er} novembre 1933.

Lehman revendique la paternité de la méthode curative du tétanos par l'association chloroforme-sérum qu'il aurait utilisée dès 1917. Son procédé diffère, dans la pratique, des autres applications. Il emploie bien le chlo-

réforme comme antispasmodique, mais il introduit d'emblée, deux fois par jour, le sérum antitétanique en instillation dans les veines au rythme d'une goutte par seconde. La guérison serait obtenue, non pas en quelques semaines avec 3 ou 4 litres, mais en quelques jours, avec 200 à 300 cm³ de sérum.

P. CARRETTE.

Valeur de la sérothérapie dans le traitement du tétanos (Valor de la seroterapia en el tratamiento del tétanos), par V. MATILLA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, T. XXXVI, n° 32, pp. 918-923, 12 août 1933.

Les statistiques de guerre sont très différentes au sujet du tétanos et Matilla attribue ce fait aux conceptions thérapeutiques variées des milieux médicaux. La guérison serait fréquemment obtenue par la sérothérapie intense, la saturation de l'organisme par des voies diverses. L'auteur donne quelques chiffres : 200 cc. le matin et 100 cc. le soir chaque jour ; 850 cc. pour la cure d'un cas obtenue en 6 jours ; un malade guéri d'un tétanos généralisé avec la dose-record de 2.400 cc. en 11 jours.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Y a-t-il plus de débiles mentaux en prison que dans la population libre ? par M. LOUIS Vervaeck. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1934).

Cette question a son point de départ dans des enquêtes faites aux Etats-Unis, et qui paraissaient prouver, non seulement qu'il n'y avait pas plus de débiles mentaux en prison que dans la population libre, mais qu'aux Etats-Unis, le niveau moyen des délinquants était plutôt supérieur à celui des soldats américains de race blanche. Des résultats du même sens étaient publiés dans les conclusions d'un article de Gérard Mennes, dans le *Journal de Psychologie normale et pathologique* (15 mars 1931), une opinion semblable a été soutenue en Belgique par M. Fauville professeur de psychologie à Louvain. M. Vervaeck discute ces résultats. D'autre part, la délinquance n'est pas facteur, exclusivement, de la débilité d'esprit. Il faut, en plus, l'association de tares psychopathiques, tares du caractère, de la personnalité, déséquilibre émotif. Donc, les conclusions américaines sur le niveau mental du délinquant comparé à celui de la population non délinquante, perd de son intérêt. De plus, ces conclusions ne peuvent être appliquées à une population d'origine et de constitution différente, comme la population belge. De Graeff, après avoir fait une critique judicieuse de l'emploi des tests, montre que 50 0/0 des détenus sont nettement inférieurs à l'homme moyen au point de vue des fonctions supérieures de l'intelligence. Il faut d'ailleurs faire une discrimination d'après la nature des délits et des crimes. L'organisation des œuvres psychiatriques dans les prisons doit permettre de poursuivre ces études, parallèlement aux recherches poursuivies dans la population.

SENGÈS.

Aspects psychiatriques sociaux du mineur délinquant (Social Psychiatric Aspects of The Minor Delinquent), par M. Abraham MYERSON. 89^e *Metting Annuel de l'American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 501-517, novembre 1933.

Un grand nombre de cas de délinquances sont basés sur la loi sociale de l'offre et de la demande. M. Myerson fait ressortir l'hypocrisie sociale qu'il y a dans l'exigence morale des lois, comparée aux encouragements au vice qui découlent de l'organisation de la vie et des mauvais exemples. Les crimes qui montrent une perversité exploitée avec méthode, tels l'escroquerie et, en général, les atteintes à la propriété, échappent à la psychiatrie dans bien des cas. Ils exigent une répression intelligente. Le système de prison actuelle tend trop souvent à dégrader le délinquant au lieu de réformer sa personnalité.

P. CARRETTE.

L'étude des maladies mentales chez les militaires condamnés, par M. COSTEDOAT. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*. T. CI., n° 1, pp. 1-21, juillet 1934.

L'observation des troubles mentaux chez les militaires condamnés est généralement effectuée avec soin quand il s'agit d'états chroniques ou récidivants. La difficulté réside surtout dans l'appréciation du désordre psychique à l'occasion du délit ou du crime. M. Costedoat fournit à notre critique un certain nombre de faits délicats. Il met en garde contre la tendance à élargir les cadres de la pathologie mentale en faveur des inculpés. Le milieu des prévenus militaires est encombré de déséquilibrés, de débiles, d'impulsifs et on ne saurait admettre que la preuve de leur état psychopathologique résulte du délit même sans détruire la raison d'être de l'expertise. La répression des anomalies à ses lois et le Code pénal n'absout pas le simple prédisposé sans réserve et sans contrôle. Les exemples choisis par M. Costedoat montrent que les examens sont ordonnés et pratiqués avec discernement, conscience et autorité.

P. CARRETTE.

Les assassins du médecin. Comment se protéger contre eux ? par Georges d'HEUCQUEVILLE. *La Presse Médicale*, n° 52, pp. 1053-1054, juillet 1933.

Chaque année des médecins sont tués ou grièvement blessés par des malades. Il s'agit toujours d'aliénés, reconnus tels depuis longtemps, revendicateurs hypocondriaques ou érotomanes. Tout médecin doit être averti du danger : quand il soigne des psychopathes paranoïaques, il doit s'inspirer des conseils d'un confrère spécialiste. Il doit savoir qu'il peut recourir à Paris au service de surveillance effective aidé par l'infirmerie spéciale du Dépôt, au service social du D^r Toulouse. Une protection plus générale devrait s'exercer partout par la mise en fonction des commissions mixtes, préconisées récemment par le Professeur Claude à l'Académie de Médecine. Georges d'Heucqueville, à défaut de l'aide nouvelle encore à l'étude, adresse aux médecins quelques conseils où se combinent les ressources de la science psychiatrique et celles de la législation.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 novembre 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 novembre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 décembre 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *Mardi 18 décembre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). La séance ordinaire des mois de décembre sera réservée à des communications sur les *Hallucinations*.

Centenaire de Magnan.

La Société Médico-psychologique a décidé de consacrer sa *séance solennelle* du *lundi 27 mai 1935* à la célébration du *Centenaire* de V. MAGNAN (16 mars 1835-27 septembre 1916).

Légion d'Honneur.

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur* :

M. le D^r Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur au Collège de France, ancien président de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D^r Alexandre CULLERRE, Chevalier de la Légion d'Honneur, Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés, ancien président du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, président honoraire de l'Association mutuelle des Médecins aliénistes de France.

Nominations.

M. le D^r DE LABRETOIGNE DU MAZEL est nommé *Sous-Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques du Protectorat français au Maroc.*

M. le D^r Louis CORMAN est nommé Médecin-Chef du Quartier des aliénés à l'Hospice général de Nantes (Loire-Inférieure) ;

M. le D^r MOUCHETTE est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

M. le D^r BOBÉ est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) ;

M. le D^r Jean TRILLOT est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés d'Albi (Tarn) ;

M. le D^r Raymond BRIAU est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) ;

M. le D^r M. BEAUDOUIN est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

Mme le D^r FRANCÈS-BRAGAYRAC est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) ;

M. le D^r Pierre LÉCULIER est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé du Bon-Sauveur, faisant fonction d'Asile public d'aliénés à Bégard (Côtes-du-Nord) ;

M. le D^r A. COURTOIS est nommé Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;

Mlle le D^r Andrée DESCHAMPS est nommée Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Rodez (Aveyron) ;

M. le D^r Jean DUBLINEAU est nommé Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord).

un poste de Médecin-Chef sera prochainement déclaré vacant à l'Asile de Ber-Rechid (Maroc).

Postes créés.**ALGÉRIE**

Un concours sur titres pour un poste de *médecin-chef du Service de psychiatrie de l'Hôpital Civil de Constantine* devait avoir lieu à Alger le 29 octobre 1934. Il est probable que la date de ce concours sera reculée d'environ deux mois.

**I. CONDITIONS EXIGÉES DES CANDIDATS POUR ÊTRE ADMIS
A PRENDRE PART AU CONCOURS**

Pour être admis à prendre part au concours, les candidats devront justifier qu'ils sont médecins spécialistes des asiles de France, et qu'ils possèdent une pratique professionnelle de 5 ans au moins dans un asile public en qualité de médecin.

Les candidats adresseront au Gouverneur Général, sous pli recommandé, leur demande établie sur papier timbré et accompagnée des pièces suivantes :

- 1° Un acte de naissance dûment légalisé ;
- 2° Leur diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française ou sa copie certifiée conforme ;
- 3° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;
- 4° Un extrait de leur casier judiciaire.
(Ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date) ;
- 5° La justification de leurs titres et de leurs travaux scientifiques, ainsi que de leurs services professionnels ;
- 6° Leur état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire en ce qui concerne leur service actif.

La liste des candidats sera close cinq jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours. Aucune demande d'inscription faite après cette date ne pourra être accueillie.

II. COMPOSITION DU JURY

Le jury du concours est composé de la manière suivante :

Président : un Conseiller de Gouvernement.

Membres : le Professeur à la Faculté de Médecine d'Alger, Conseiller sanitaire technique de psychiatrie auprès de la Direction de la Santé Publique ; le Médecin des hôpitaux, Conseiller sanitaire technique de neurologie auprès de la Direction de la Santé Publique ; deux Médecins et un Chirurgien des hôpitaux tirés au sort.

III. OPÉRATIONS DU TIRAGE AU SORT

La liste complète des médecins et chirurgiens des hôpitaux pouvant faire partie du jury du concours ayant été dressée à l'avance par le Préfet, il sera procédé, vingt jours francs au moins avant l'ouverture du concours, par les soins du Président du dit jury, assisté du Directeur de l'hôpital de Mustapha et du Médecin délégué de cet établissement, au tirage au sort des examinateurs titulaires.

Aussitôt après, un deuxième tirage au sort, portant sur ceux des praticiens susvisés qui n'auraient point été désignés comme juges titulaires, sera effectué jusqu'à épuisement des noms portés sur la liste, en vue de déterminer l'ordre suivant lequel le Président du jury désignera, en cas de

besoin, les suppléants des examinateurs titulaires absents ou empêchés, les chirurgiens et les médecins défaillants étant respectivement remplacés par des chirurgiens et par des médecins de manière à conserver rigoureusement au jury sa composition initiale.

Immédiatement après le tirage au sort, les membres du jury sont individuellement informés, par lettre, de leur désignation et de la composition du jury, dans l'ordre où les noms sont sortis de l'urne.

Les membres du jury doivent, avant l'ouverture du concours, faire connaître s'ils acceptent ou non de faire partie du jury.

La composition du jury ainsi fixée est alors sanctionnée par un arrêté du Gouverneur général, sur la présentation du Préfet du département d'Alger, pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux, examinateurs et suppléants désignés par le sort.

A ce moment, chaque candidat peut demander au Préfet d'Alger pour les Médecins ou Chirurgiens, au Doyen de la Faculté de Médecine pour les professeurs, de lui faire connaître la composition du jury qui a cessé d'être secrète.

Le Président du jury est désigné directement par le Gouverneur général. Il assure l'exécution du présent règlement et fait dresser le procès-verbal des opérations qu'il soumet ensuite au Gouverneur général. Il n'a pas voix délibérative dans l'appréciation des épreuves.

IV. NOMINATION DU CANDIDAT ADMIS AU CONCOURS

Le candidat admis au concours sera nommé en qualité de Médecin-Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital civil de Constantine, par arrêté du Gouverneur général.

Ce praticien touchera, provisoirement, un traitement annuel de 31.000 fr., majoré des indemnités de 25 0/0 et de 8 0/0, en attendant que le statut relatif aux médecins des centres psychiatriques de l'Algérie ait été définitivement sanctionné par le pouvoir central.

Il devra, en outre, s'engager à ne pas faire de clientèle, et à rester à la disposition de l'Administration pour assurer, s'il y a lieu, dans tout autre établissement de la Colonie, un service de la même spécialité.

TUNISIE

Un concours pour un poste de *médecin-chef du Service de neuro-psychiatrie à l'Hôpital civil français de Tunis* aura lieu à la *Faculté de médecine de Paris* le *lundi 10 décembre 1934*, à 9 heures du matin.

Ce concours aura lieu devant un jury composé de trois juges désignés par le Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

L'emploi donne droit à une indemnité annuelle de 15.000 francs.

GOUVERNEMENT DE LA MARTINIQUE

Un Asile public d'aliénés, désigné sous le nom de *Maison de Santé Saint-Jacques*, sera ouvert à la Martinique au printemps de 1936, sur la côte de l'Atlantique, à proximité de Sainte-Marie et de Trinité, dans un climat très salubre. Le médecin-chef fera fonctions de Directeur. Il recevra le traitement de France, augmenté du supplément colonial (6,5/10) et d'une indemnité de direction de 6.000 francs. Il sera logé et meublé.

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine.

Un concours pour douze places d'*interne en médecine titulaire* et la désignation d'*internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine*, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'est ouvert à Paris le *jeudi 18 octobre 1934*.

Le Jury était composé de M. MICHAUT, Sous-Directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, *président*, et de M. BEAUDOUIN, Mlle PASCAL, MM. PORCHER, RODIET, BARBÉ, MAUCLAIRE, PARAF.

25 candidats s'étaient inscrits.

1° Questions posées aux différentes épreuves :

Pathologie :

Signes, diagnostic et traitement de l'angine diphthérique ;

Signes et diagnostic du tétanos.

Anatomie et Physiologie du Système Nerveux :

Espaces sous-arachnoïdiens et liquide céphalo-rachidien.

Question de garde :

Conduite à tenir en présence d'un coma toxique.

2° Questions restées dans l'urne :

Pathologie :

Formes cliniques de la pneumonie ; signes, diagnostic et évolution de la cirrhose de Laënnec.

Signes et diagnostic de la coxalgie ; signes, diagnostic et traitement des fractures du cou-de-pied.

Anatomie et Physiologie du Système Nerveux :

Faisceau pyramidal.

Racines rachidiennes postérieures.

Question de garde :

Conduite à tenir en présence d'une métrorragie.

Conduite à tenir en présence d'un œdème aigu du poumon.

A la suite de ce Concours ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. BERCEGEAY ; 2. Mlle BURDIN et M. BALOËT (*ex-æquo*) ; 4. M. STORAH ; 5. M. VERCIER ; 6. MM. FRÉRET et CHAPOULEAUD (*ex-æquo*) ; 8. Mlle LACASSAGNE ; 9. MM. VALLADE et DURAND (*ex-æquo*) ; 11. M. MAILLEFER ; 12. M. HANOUN.

Internes provisoires : 1. M. CORBET ; 2. Mme COULÉON ; 3. M. ARCHAIMBAULT ; 4. M. RANCOULE ; 5. M. DESMONDS ; 6. M. BOULET.

Les agrandissements de la Maison de Santé interdépartementale de Clermont (Oise).

D'importants travaux vont être entrepris à la *Maison de santé interdépartementale de Clermont*. Ils sont nécessités par l'accroissement du nombre des malades qui, en 7 ans, est passé de 1.700 à 3.000.

Une somme de 3 millions environ est prévue pour ces travaux. Les dépenses seront réparties entre les départements de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et Oise.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

La Neuro-Psychiatrie au Congrès des Médecins de langue française (Québec 27-30 août 1934).

Du 27 au 30 août, se sont tenus, conjointement, à Québec, la XXIII^e session de l'Association des Médecins de langue française d'Europe, que devait présider le regretté professeur Arthur ROUSSEAU et que présida le professeur E. SERGENT, et le XIII^e Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, présidé par le professeur Albert PAQUET.

Les circonstances (IV^e Centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier) ont donné une importance et un éclat tout particuliers à ces réunions. La grande presse médicale a exposé en détail le compte rendu de l'activité scientifique de ces assises, ainsi que des fêtes et réceptions magnifiques qui les ont encadrées.

Nos confrères franco-canadiens avaient eu l'heureuse inspiration d'organiser des sections et des réunions particulières pour quelques spécialités. La journée du mercredi 29 août fut consacrée à des réunions neurologiques et psychiatriques à l'Hôpital St-Michel-Archange.

Nombreux étaient nos confrères canadiens. De Montréal étaient venus les D^{rs} Desloges, Omer Noël, Devlin, G. Lef. de Bellefeuille, Beaudoin, Plouffe, Legrand, Amyot, Saucier, Colonel Beauchamp, Barbeau, Ethier, Penfield, Raymond, Larivière. De Toronto, le D^r Hincks.

Des Etats-Unis, étaient venus les D^{rs} Green (de Waverley), Liber (de New-York), Milot (de Fall-River).

De Québec, assistaient aux réunions : les D^{rs} Roy, S. Caron, Miller, Desrochers, Mathieu, Janson, Painchaud, Larue, Pelletier.

Enfin, la neuro-psychiatrie de France était représentée par les professeurs Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce, et Lévy-Valensi (de Paris), par les professeurs Euzière, Rimbaud (de Montpellier), Roger (de Marseille), Barré (de Strasbourg), Porot (d'Alger), les D^{rs} Largeon, Vacher (de Paris), le D^r Valence (d'Alger).

Le matin, sous la présidence du D^r Roy, à la Clinique Roy-Rousseau, séance de neurologie, au cours de laquelle furent faites une série de communications ou des présentations de malades :

1) D^{rs} MILLER et PELLETIER. — *Dystrophie musculaire progressive chez un hérédo-syphilitique.* (Discussion : M. Fribourg-Blanc).

2) D^r S. CARON. — *Narcolepsie et macrogénitosomie.* (Discussion : MM. Barré, Roger).

3) D^r A. POROT. — *Hypoglycémie dans un cas d'infantilisme hypophysaire avec cachexie.*

4) D^{rs} BERGER et HUARD. — *Un cas d'hémiballisme* (projection de film).

Cette séance fut suivie de la visite fort intéressante de la Clinique Roy-Rousseau, un des services les plus modernes et les plus importants de neuro-psychiatrie, fonctionnant en service « ouvert ».

Un *lunch* en plein air, à l'Ecole La Jemmarais, permit à ceux que d'autres obligations ne rappelaient pas à Québec, d'attendre la réunion de l'après-midi, consacrée à l'*Hygiène Mentale*, sous la présidence du D^r MILLER.

Dans la grande salle de réunion de l'Ecole, où se trouvait un auditoire essentiellement composé d'éducateurs et d'infirmières (personnel enseignant et soignant, religieux et laïc, que l'on pouvait estimer à plus de 200 personnes), on entendit successivement les *communications* suivantes :

- 1) D^r HINCKS. — *L'hygiène mentale.*
- 2) D^r LIBER. — *Cas de transition entre santé mentale et maladies mentales.*
- 3) Rév. P. ALCANTARA DION, o. m. i. — *Psychanalyse et pédagogie.*
- 4) D^r RANSOM GREENE. — *Délits en rapport avec les psychoses juvéniles.*
- 5) D^r P. LARIVIÈRE. — *L'hygiène mentale des asthéniques.*

Je dois encore signaler — en dehors de ces réunions spéciales — des rapports et des *communications* touchant à la spécialité :

La *pyrétothérapie*, qui était une question à l'ordre du jour du Congrès de Médecine, nous a valu, entre autres *rapports*, celui du professeur H. ROGER, de Marseille, sur « la *Pyrétothérapie et les affections du système nerveux* », une communication du professeur POROT sur « la *Pyrétothérapie de « choc » dans les psycho-encéphalites aiguës graves* » ; une du D^r BARBEAU : *Bilan de 7 années de malariathérapie à l'Hôpital de Bordeaux (Montréal).*

Il faut mentionner enfin 2 *communications avec projections*, du plus vif intérêt : celle du D^r W. PENFIELD, le distingué neuro-chirurgien de l'Université Mac-Gill, de Montréal, sur les *Effets des spasmes vasculaires dans l'épilepsie*, et celle du D^r Thomas HOEN, sur l'*Hémiplégie homolatérale au cours de lésions intra-craniennes.*

A. P.

Société Suisse de Psychiatrie.

La Société Suisse de Psychiatrie tiendra sa réunion d'automne à Berne, les 3 et 4 novembre 1934, sous la présidence du D^r FLOURNOY, de Genève.

Cette réunion sera consacrée à l'*Hygiène Mentale*. Rapporteurs : M. le Prof. J. KLAESI (de Berne) et M. le D^r REPOND (de Malévoz).

PROGRAMME

I^{re} Séance

Samedi 3 novembre, à 15 heures (Amphithéâtre de la Clinique Universitaire des femmes, 23, Schanzenbergstrasse, Berne),

1. Discours de M. le privat-docent FLOURNOY (de Genève), président de la Société Suisse de Psychiatrie.
2. Nécrologie : D^r H. BEHN-ESCHENBURG (Zürich).
3. *Rapports sur l'Hygiène Mentale* :
 - a) Dir. D^r REPOND (de Malévoz).
 - b) Prof. J. KLAESI (de Berne).
4. *Discussion et Communications.*
5. 20 h. 1/2 : *Banquet* à l'Hôtel Bellevue-Palace.

II^e Séance

Dimanche 4 novembre 1934, à 8 h. 15 (Amphithéâtre de la Waldau Klinische Abteilung).

1. Assemblée générale.

Ordre du jour : Communications du Président ; Compte rendu de l'activité des Commissions Spéciales ; Divers.

2. 9 h. 45 : Buffet froid offert par la Clinique.

3. 10 h. : Suite de la discussion et Communications.

Communications annoncées

a) Sur le sujet des rapports

1. *La nouvelle loi allemande de stérilisation*, par le Prof. RÜDIN (de Munich).
2. *Hygiène mentale et sports* (avec démonstration cinématographique), par MM. H. BERTOR (du Landeron) et H. BRANDT (de Genève).
3. *Hygiène mentale du Travail et Prophylaxie des accidents*, par M. E. BLUM (de Berne).
4. *La prophylaxie dans la pratique psychiatrique en clientèle*, par M. H. CHRISTOFFEL (de Bâle).
5. *Réflexions et suggestions concernant la propagande en faveur de l'hygiène mentale*, par le D^r O. L. FOREL (de Prangins).
6. *Psychologie pratique et Hygiène mentale*, par M. P. GARNIER (de Berne).
7. *Les ménages malades*, par M. W. MORGENTHALER (de Berne).
8. *Les bases de l'hygiène mentale*, par M. M. TRAMER (de Rosegg).
9. *L'organisation de l'Hygiène mentale en Belgique*, par le Prof. VERMEYLEN (de Bruxelles).

b) Communications diverses

10. *L'influence du bruit sur la santé nerveuse*, par M. H. BERSOT (du Landeron).
11. *Le diagnostic des lésions traumatiques du cerveau*, par M. E. GRÜNTAL (Waldau-Berne).
12. *Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique*, par le Prof. PFERSDÖRFF (de Strasbourg).
13. *Le syndrome d'anxiété hallucinatoire et sa signification en psychopathologie*, par M. C. ROSENTHAL (Waldau-Berne).
14. *L'étude des normes en psychothérapie*, par M. DE SAUSSURE (de Genève).
15. *La formation du délire des alcooliques*, par M. J. WYRSCH (Waldau-Berne).
16. *Le problème de l'hérédité des débilités mentales et de l'épilepsie*, par le Prof. W. WEYGANDT (de Hambourg).

Association Espagnole de Neuropsychiatrie.

La Réunion commune de l'Association Espagnole de Neuropsychiatrie et de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale qui devait se tenir à Oviedo a été remise au mois de Décembre 1934.

IV^e Semaine Nationale Espagnole d'Hygiène Mentale.

Du 2 au 5 mai 1934, la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale organisa, pour la 4^e fois, la Semaine Nationale Annuelle d'Hygiène Mentale.

Le 2 mai à midi, la Semaine fut inaugurée solennellement dans le grand

amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de *Son Excellence le Sous-Secrétaire de la Santé et de l'Assistance publique*. Parmi les assistants, se trouvaient le *Président* de la Ligue, D^r Enrique FERNANDEZ SANZ ; le *Secrétaire général*, D^r José GERMAIN, les D^{rs} LAFORA, CAMINO, GARMA, VALENCIANO, PRADOS SUCH, ESCARDÓ, NIETO, etc...

Le discours inaugural fut prononcé par le D^r GERMAIN, Secrétaire général. Il exposa les réalisations de la *Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale* durant l'année écoulée, insistant sur la nécessité d'organiser l'assistance en Espagne sur une base fonctionnelle, en mettant en évidence la valeur de ses 3 éléments fondamentaux : le dispensaire d'Hygiène mentale, l'Hôpital psychiatrique et la Colonie agricole psychiatrique. Après avoir rappelé l'idéal pour lequel la Ligue lutte depuis 1927, il montra qu'elle a déjà obtenu l'installation d'un dispensaire d'Hygiène mentale à Madrid, ajoutant que ce pas en avant est un encouragement pour poursuivre l'action en faveur des malades mentaux. Il accorda des louanges méritées au travail technique réalisé par le *Conseil supérieur psychiatrique*. Enfin, il rappela que l'an dernier eurent lieu en Amérique du Nord les fêtes du 25^e anniversaire du Mouvement international d'Hygiène mentale, œuvre admirable suscitée par CLIFFORD W. BEERS.

En terminant, le D^r GERMAIN demanda à tous les auditeurs de s'enrôler dans la campagne en faveur de l'Hygiène Mentale et sollicita plus spécialement la collaboration des jeunes étudiants en médecine qui seront demain les meilleurs auxiliaires des psychiatres dans la lutte pour l'Hygiène psychique.

Ensuite, le D^r ESCARDÓ, *Directeur du Dispensaire d'Hygiène Mentale de Madrid*, fit une remarquable conférence, mettant en relief les services que les dispensaires peuvent rendre à l'Hygiène Mentale. Il expliqua le fonctionnement de celui qu'il dirige, où les malades, sélectionnés et traités, peuvent souvent ensuite reprendre, parfaitement guéris, leur vie habituelle. Après avoir parlé des cures de repos, organisées d'après les règles édictées par Sommer, il fit allusion au Service Social, récemment inauguré dans son Dispensaire, réalisé pour la première fois en Espagne dans cette spécialité et il mit en évidence le succès remporté par ce service.

Enfin, M. le *Sous-Secrétaire de la Santé et de l'Assistance Publique* prononça quelques paroles pour assurer que le Ministère du Travail présentera bientôt aux Cortès un plan de constructions sanitaires dans lequel figure d'abord l'installation d'un Dispensaire d'Hygiène Mentale dans chacune des provinces espagnoles et quatre Colonies agricoles psychiatriques installées dans les régions agricoles les mieux adaptables, afin de décongestionner les Asiles actuels, qui, de la sorte, se convertiraient en Hôpitaux psychiatriques pour thérapeutique active, d'accord avec les critères fournis par le Docteur GERMAIN dans son discours. Il fait observer que ce projet est dû au labeur infatigable réalisé par le *Conseil Supérieur Psychiatrique* et la *Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale*.

Le 2 mai, également, à 19 heures, à l'Ateneo de Madrid, se tint la *seconde conférence* de cette semaine de Divulgateion. Les Docteurs Luis VALENCIANO et José SALAS exposèrent « *le fonctionnement d'un Hôpital psychiatrique* » et « *Comment on examine un malade mental* », développant d'intéressantes observations sur ces sujets.

Le 3 mai, à 19 heures, les Docteurs Miguel PRADOS SUCH et Angel GARMA montrèrent les « *Succès de la thérapeutique par le travail ; ses difficultés dans la pratique* » et la « *Psychothérapie du malade en colonie* ».

Le 4 mai, 3 conférences furent faites. A midi, à l'Institut National de Psychotechnique, Mme Sta Mercedes RODRIGO, professeur, parla des « Enfants pervers et de l'Hygiène Mentale », et le Dr J. SOLIS de « l'ambiance familiale et l'orientation à la Clinique ».

A 18 heures, au Centre des Etudes Historiques, Mme la Directrice de l'Ecole Centrale des Anormaux, Doña Maria SORIANO, fit une intéressante conférence, illustrée de projections, sur « l'assistance aux enfants anormaux » dans ce centre.

A 19 heures 30, au Centre Cultural de l'Armée et de la Marine, le Docteur Antonio VALLEJO NAJERA parla de « l'Hygiène Mentale de la race ».

Le 5 mai, à midi, la séance solennelle de clôture de la IV^e Semaine Nationale d'Hygiène Mentale se tint à l'Académie Nationale de Médecine, sous la présidence de Son Excellence le Ministre du Travail, de la Santé et de la Prévoyance, accompagné de M. le Sous-secrétaire de la Santé, de M. OVEJERO, représentant la Députation provinciale, du Dr COCA, représentant la Mairie de Madrid et du Dr GOYANES pour l'Académie Nationale de Médecine.

Le Dr Dionisio NIETO parla d'abord de « la stérilisation des malades mentaux ». Il fit un exposé détaillé des travaux de RÜDIN, démontrant que la stérilisation, à son avis, ne doit pas être obligatoire, mais être accordée au malade qui la sollicite avec raisons.

Ensuite, le Dr Gonzalo R. LAFORA traita des « relations de la prostitution avec la déficience mentale », appuyant ses démonstrations d'intéressantes statistiques.

Puis le Dr Enrique FERNANDEZ SANZ, Président de la Ligue, remercia ses collaborateurs et soumit au Ministre les conclusions suivantes :

« 1° il est nécessaire que l'organisation psychiatrique de chaque province réponde au critère fonctionnel scientifique et moderne que le décret du 3 juillet 1931 sur l'assistance aux malades mentaux exige et en conséquence il doit exister dans chaque province un Dispensaire et un Hôpital psychiatrique pour assurer l'assistance active des malades mentaux ; de même, des groupes régionaux devront être en relation pour organiser des colonies psychiatriques modernes pour l'assistance des malades mentaux chroniques ;

« 2° l'importance de cette organisation de l'assistance psychiatrique nationale exige une base législative, non seulement au sujet de sa construction, mais pour son fonctionnement ;

« 3° étant donnée la grande envergure de la réforme totale, cette organisation de l'assistance doit être faite progressivement, pour assurer son succès et son efficacité, par rapport à ses bases législatives et aussi d'après les conditions particulières à chaque province ;

« 4° dans cette réorganisation de l'assistance psychiatrique à marche progressive, il est urgent de réaliser les colonies pour le traitement et l'éducation des mineurs psychopathes, oligophrènes et avec tendances antisociales, afin de séparer ces sujets de l'ambiance manicomiale où ils sont actuellement forcément maintenus et en même temps réaliser une ambiance adéquate, avec les traitements et le régime éducatif logiquement appropriés à leur cas ;

« 5° parallèlement à ces réformes urgentes, l'Etat doit étudier les bases d'une thérapeutique par le travail dans les établissements psychiatriques, afin d'en fixer le mode légal pour éviter les conflits qui se sont développés sur ce terrain et assurer l'exercice de cette méthode thérapeutique dont

« l'efficacité a été démontrée par les divers orateurs qui intervinrent sur ce sujet au cours de la Semaine.

« M. le Ministre du Travail, de la Santé et de la Prévoyance, dans un bref discours, déclara en terminant que ses désirs concordent avec ceux qui furent exprimés dans cette 4^e Semaine d'Hygiène Mentale. Il confirma les paroles de M. le Sous-Secrétaire lors de la séance inaugurale, affirmant que dans un temps très proche seraient entreprises en Espagne une série de constructions sanitaires qui, en ce qui concerne les malades mentaux, transformeraient radicalement la triste situation que l'on déplorait jusqu'à présent. »

CONFÉRENCES RADIODIFFUSÉES

Pendant la 4^e Semaine Nationale d'Hygiène Mentale, des conférences dues aux D^{rs} GERMAIN, ESCARDÓ, MENA, MOLINA, VASQUEZ et LLOPIS, furent radiodiffusées chaque après-midi par émission de l'Union Radio.

MISSIONS DE L'HYGIÈNE MENTALE

A l'issue de la semaine de Madrid, des *Missions d'Hygiène Mentale* se rendirent en diverses villes voisines de la capitale : Aranjuez, Alcalá de Henares et Arévalo. Les D^{rs} PRADOS SUCH, SALAS, JUARROS, VARELA DE SELJAS, GERMAIN et ESCARDÓ y prirent part. Elles obtinrent un grand succès et les autorités locales y collaborèrent avec grand enthousiasme et efficacité.

LA IV^e SEMAINE D'HYGIÈNE MENTALE EN PROVINCE

Dans la plupart des provinces d'Espagne, cette 4^e Semaine Nationale d'Hygiène Mentale eut sa répercussion, grâce à la collaboration, comme toujours, des délégués régionaux de la Ligue avec les autorités sanitaires et officielles des diverses régions.

Comme les années précédentes, des avocats, des pédagogues et des techniciens se sont unis aux psychiatres, collaborant à ces campagnes de vulgarisation qui ont une si grande importance, non seulement pour intéresser le public aux problèmes de l'hygiène psychique, mais aussi pour démontrer aux pouvoirs constitués la nécessité d'améliorer le sort des psychopathes.

En résumé, tant en province qu'à Madrid, les cérémonies qui se sont déroulées traduisent un grand progrès dans le travail d'initiation et de vulgarisation réalisé par la *Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale*, qui mérite d'être félicitée de ce grand et si légitime succès, dû pour une grande part à l'activité de son très distingué Secrétaire général, le D^r José GERMAIN.

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (XXXIX^e Session. Bruxelles, 1935).

La XXXIX^e Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935.

Présidents : M. le Docteur René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) et M. le Docteur ERN. DE CRAENE, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Vice-Président : M. le Docteur O. CROUZON, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Professeur G. VERMEYLEN, de l'Université libre de Bruxelles.

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

Rapports et Rapporteurs

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIX^e session.

PSYCHIATRIE : *L'hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psychophysiologique.* — Rapporteur : M. le Docteur Henri BARUK, Médecin-Chef à la Maison nationale de Santé de St-Maurice (Seine).

NEUROLOGIE : *L'hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique.* — Rapporteur : M. le Docteur Ludo VAN BOGAERT, d'Anvers, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : *Délinquance et criminalité de l'enfance.* — Rapporteurs : M. le Docteur G. HEUYER, de Paris, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et M. le Docteur Paul VERVAECK, de Bruxelles, Médecin inspecteur-adjoint des Asiles et Colonies d'aliénés du Royaume.

N. B. — Les *inscriptions* sont reçues par le D^r VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14^e (c/c postal Paris 456-30).

Les *membres titulaires de l'Association* versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être Docteur en Médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'Administration.

Il est possible de s'inscrire à la session comme *membre adhérent* sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme *membres associés* les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXIX^e session inscrits avant le 10 juin 1935 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. COMBEMALE, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique.

Lors de la 11^e Assemblée de la Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique, qui s'est tenue à Zurich, du 18 au 21 juillet 1934, sous la présidence du Professeur RÜDIN, de Munich, sur la proposition du Docteur MJOEN (Norvège), l'Assemblée a voté la résolution suivante :

Les membres qui ont participé aux Conférences qui ont eu lieu à Zürich à l'occasion de la 11^e Assemblée de la Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique, représentant un grand nombre de nations, déclarent qu'en dépit de grandes divergences d'idées en politique et philosophie sociale, ils se trouvent d'accord dans leur conviction inébranlable de la nécessité des recherches et de la pratique de l'Eugénique pour la persistance de la civi-

lisation humaine. Ils demandent aux gouvernements du monde entier d'étudier les problèmes et les résultats déjà acquis de la génétique, politique de population, et de l'eugénique pour faire à leurs peuples l'application de ces principes comme l'ont déjà fait selon leurs différents besoins plusieurs pays d'Europe et d'Amérique.

Sur la proposition du D^r Alfred PLOETZ (Allemagne), l'Assemblée a voté également cette deuxième résolution :

Les progrès récents de la propagation des idées eugéniques et leur introduction dans les lois de plusieurs Etats, encouragent les savants et les sociologues de différents Etats d'Europe et des Etats-Unis d'Amérique qui ont assisté aux Conférences organisées à l'occasion de la 11^e Assemblée de la Fédération Internationale des Sociétés d'Eugéniques à attirer l'attention des Gouvernements des nations civilisées sur les inquiétudes de plusieurs peuples troublés par la crainte de l'explosion d'une nouvelle guerre — une guerre qui décimerait les individus mâles de bonne constitution chez les nations qui y prendraient part et serait, pour cette raison, néfaste à la civilisation occidentale, car le remplacement de pertes en bon matériel humain ne peut se faire que très lentement et avec des difficultés presque insurmontables.

La stérilisation des déficients.

L'OPINION DE LA FÉDÉRATION FÉMININE DE L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LONDRES

Lors du dernier Congrès de cette Fédération, sous la présidence du professeur Mary Lucas Keene, le D^r Letitia Fairfield a parlé de la stérilisation des déficients mentaux ou physiques. Elle fonde ses observations sur le récent rapport du service de stérilisation « Brock Report ».

Elle estime tout d'abord que l'intérêt général concernant la stérilisation s'est orienté dernièrement en deux sens. Tout d'abord l'accroissement des connaissances biologiques du facteur héréditaire dans les maladies mentales et physiologiques est sensible. De plus, on observe une tendance sociologique à attribuer de nombreux défauts de la Société aux déficients mentaux ou physiques. Il est normal de considérer la stérilisation comme une panacée à ces maux. Mais il y a une exagération en ce sens et on s'efforce de corriger le service de stérilisation.

Le D^r Fairfield considère que les obstacles légaux à la stérilisation eugénique des personnes mentalement normales ont été quelque peu exagérés dans l'esprit de certains enquêteurs. Elle reconnaît qu'actuellement encore la stérilisation des déficients mentaux est considérée comme absolument illégale et déclare qu'une campagne, fût-elle exagérée, s'impose en sa faveur.

Parmi les causes de déficience mentale, la Fédération féminine place au premier rang l'hérédité, mais tous les membres ne sont pas du même avis sur l'interprétation exacte de ce terme. Certains veulent attribuer à l'ascendance familiale des déviations du normal, telles que l'épilepsie, l'instabilité, la démence précoce, la folie. D'autres, au contraire, confinent le sens de ce mot à celui de transmission d'un défaut particulier telle, par exemple, une déficience mentale certifiée.

Evidemment, selon qu'on adopte l'un ou l'autre de ces points de vue, la proportion des cas héréditaires diffère ; elle varie entre 5 et 80 pour 100.

Le D^r Letitia Fairfield développe ensuite la thèse de l'influence des facteurs environnants sur le comportement héréditaire, ceux-là accentuant l'anomalie de celui-ci.

Il semble que dans l'état actuel des connaissances des eugénistes, la stérilisation obligatoire rencontre la désapprobation publique.

Cependant, ajoute le Dr Fairfield, il convient de remarquer que la stérilisation volontaire, si elle ne devient pas obligatoire, peut être extrêmement influencée par des avis médicaux ou par des campagnes favorables.

Le Siècle Médical, 1^{er} septembre 1934.

La peine de mort en Chine, pour les trafiquants de stupéfiants.

La peine de mort vient d'être édictée contre toute personne surprise à faire le trafic des stupéfiants. Le général Chang Kai Shek, président de la Commission des Affaires militaires du gouvernement central de Nanking — et qui est le chef de ce gouvernement — vient d'adresser à tous les gouverneurs provinciaux et aux différents chefs militaires, une proclamation énergique par laquelle il signale à leur attention que, malgré les ordres répétés donnés par le gouvernement central pour combattre le trafic des stupéfiants, l'on n'a point sévi — pour des raisons diverses, parmi lesquelles il faut citer l'intérêt personnel des hauts fonctionnaires — avec suffisamment de sévérité.

En conséquence et afin d'extirper le mal profond dont souffre la Chine actuelle, des mesures draconiennes doivent être prises d'urgence.

Tous ceux qui seront surpris dans la fabrication, le transport, la vente de produits narcotiques seront désormais condamnés à mort. Les fonctionnaires civils qui auront toléré, permis ou encouragé ce trafic seront passibles de la même peine.

Dans le commentaire que font de la proclamation du général Chang Kai Shek, le gouverneur de la ville de Shanghai — Shanghai est l'un des grands centres du commerce des stupéfiants — et le général commandant les garnisons de Woosung et de Shanghai, les précisions suivantes sont apportées : par stupéfiants, l'on entend la morphine, la cocaïne, l'héroïne et la poudre rouge. Les personnes passibles de la peine de mort sont, non seulement les fabricants, les transporteurs, les vendeurs et les revendeurs, les fonctionnaires félons qui favorisent les fabricants jusqu'à commettre des faux pour eux, mais encore les tenanciers des « fumeries » et les fumeurs habituels ou en termes plus exacts les toxicomanes.

Les mesures arrêtées par le général Chang Kai Shek entreront en vigueur huit jours après leur promulgation.

Le Siècle Médical, 1^{er} août 1934.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR LA PATHOLOGIE DE L'IMAGE DE SOI

(*Etudes anatomo-cliniques*) ⁽¹⁾

PAR

LUDO VAN BOGAERT



I

La connaissance de l'image de soi peut sembler, de prime abord, n'être qu'un sujet purement psychologique et suffisamment complexe pour décourager toute tentative neurologique, *a fortiori* tout essai d'investigation anatomo-clinique. Ainsi se justifient nos hésitations. L'idée des recherches suivantes est née en 1923, au moment où dans l'entourage de notre Maître, M. Pierre-Marie et surtout sous l'influence du regretté Bouttier, l'Ecole de la Salpêtrière était attentive aux désordres du sens spatial et à l'analyse des troubles sensitifs : les notions de plano-topo-kinésie, l'étude des troubles de l'espace extéroceptif, l'examen avec le regretté André-P.-Marie d'un certain nombre de malades thalamiques nous avaient conduit à relire les travaux de Head et Holmes, au moment même où Pick, Pötlz et Paul Schil-

(1) Travail de la Section neurologique de l'Hôpital de Stuyvenbergh et du Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Institut Bunge à Anvers.

der, dans une série d'études retentissantes poussaient à fond l'analyse des lésions pariétales. Nous avons, pendant ces dix années, recherché systématiquement dans tous les cas d'aphasie, d'apraxie, le syndrome thalamique et chez les amputés la répercussion possible de leurs lésions sur le sentiment de leur propre corps. C'est le résultat de ces recherches que nous publions aujourd'hui. Nous avons laissé de côté deux observations d'apraxie qui n'apportent rien de neuf : Lhermitte et ses collaborateurs ont dit ici-même, et mieux que nous ne pourrions le faire, tout ce qu'on en peut tirer. Nous n'y ferons allusion que pour conclure. Les données que nous apportons n'ont rien d'original et nous les savons incomplètes : elles montrent d'ores et déjà aux neurologistes que certains domaines, dont il est convenable de se détourner, seront peut-être un jour accessibles à ces méthodes et aux psychiatres que des lésions focales peuvent jeter quelque lumière sur l'articulation des mécanismes les plus secrets de la psychomotricité.

I. De l'algothallucinoze aux troubles du modèle postural

Avec les travaux de Guéniot (1) et de Weir-Mitchell (2), la sémiologie de *l'illusion des amputés* a acquis droit de cité dans la clinique neurologique. Une leçon de Charcot (3) consacre leur intérêt, établit la qualité des sensations éprouvées par ces malades et la facilité avec laquelle on peut les raviver par une électrisation des moignons musculaires. L'origine *périphérique* d'une partie de ces troubles est aujourd'hui si bien établie que Leriche s'est attaqué, par des résections et des infiltrations anesthésiantes, à les combattre, au niveau des schwannomes d'amputation.

Cependant, toutes les sensations éprouvées par les amputés ne sont pas explicables par la théorie de l'irritation des conducteurs périphériques centripètes et il y a longtemps qu'une analyse plus approfondie de celle-ci conduisit certains auteurs à une conception plus *cérébrale* du phénomène. On sut qu'elles pouvaient être observées en dehors de toute amputation, par irritation traumatique d'un plexus (Mayer-Gross) (4), mais ce dernier fait demeurerait encore explicable par une irritation des systèmes afférents.

Cette théorie devint moins défendable quand Ehrenwald (5) décrivit chez une hémiplégique avec anosognosie du bras « une série de mains fantômes », et qu'un « bras fantôme » fut décrit peu de temps après dans un cas analogue par Pinéas (6).

Il est presque banal de rappeler que l'apparition ou les renforcements de l'illusion des amputés coïncide fréquemment, sinon toujours, avec la présence de douleurs et que les sensations éprouvées au niveau du segment absent sont quasi-toujours ressenties comme des algies. Le patient, tout en n'ayant aucun doute sur leur réalité, sait le caractère illusoire de leur localisation, tout comme le malade en hallucinose qui voit objectivement les images, tout en n'ignorant pas leur irréalité. C'est pour cette raison que nous proposons de faire rentrer les illusions douloureuses des amputés dans le cadre plus général des « *algo-hallucinoses* ». Cette appellation, critiquable à d'autres points de vue, exprime adéquatement les deux qualités essentielles de ces troubles.

Avant de passer à l'exposé de deux observations personnelles que nous considérons comme fondamentales au point de vue de la physiologie pathologique de l'hallucinose algique, nous voudrions rappeler brièvement quelques détails de la sémiologie du membre-fantôme vrai et qui n'ont pas été suffisamment considérés.

*
**

I. DE L'ALGOHALLUCINOSE

Sur trente et une observations d'amputés, nous avons relevé dans cinq cas, d'une façon permanente ou transitoire, le phénomène du membre-fantôme. Ce sont ces cinq malades qui ont servi de base aux recherches ci-après. La publication des observations complètes alourdirait inutilement ce travail, nous ne nous intéresserons ici qu'à certains caractères de ces sensations.

1° *Le membre-fantôme n'a pas une situation spatiale fixe vis-à-vis du corps.* — Dans aucun de nos cas, nous n'avons trouvé de mouvements spontanés plus ou moins stéréotypés comme ceux qui ont été décrits par certains auteurs. Mais un de nos malades (obs. 27), réveillé la nuit ou dans l'après-midi par de violents lancements et des brûlures dans la jambe gauche (il était amputé jusqu'à la racine de la cuisse), sentait le membre-fantôme, tantôt replié sous le membre sain, tantôt étendu à côté du membre conservé, tantôt en abduction. Il n'éprouvait pas de mouvements dans le membre-fantôme.

Quand il reprenait ses béquilles et se mettait à marcher, l'abduction et le repliement bizarre du membre-fantôme sous le membre sain disparaissaient dès les premiers pas. Le membre-fantôme reprenait sa position étendue. Cet amputé ne res-

sentait dans la jambe-fantôme aucun des mouvements qu'effectuait le membre actif. Dans les crises, les plus douloureuses, il ressentait distinctement des douleurs dans les os du cou-de-pied et dans ceux des trois orteils gauches.

Nous avons souvent tenté de provoquer chez lui, par syncinésie, dans le membre-fantôme, des modifications dans les positions réciproques des segments sans y réussir, contrairement à une observation dont nous parlerons plus loin. Les changements dans la disposition réciproque des segments du membre amputé ont été toujours spontanés. Nous n'avons jamais pu nous rendre compte quels étaient les facteurs qui pouvaient les induire. On sait que toute une série d'auteurs croit que les mouvements de déplacement subjectif, ressentis dans le membre absent par l'amputé, sont le résultat de déplacements minimes des moignons restants de muscles normalement engagés dans ce mouvement. Il en est ainsi dans un certain nombre de cas. Pas dans tous. En particulier, pas dans notre observation 28 : à plusieurs reprises, au réveil, nous avons noté la position du moignon de la cuisse, position d'ailleurs facile à repérer, l'amputation étant haute, le malade dormant sur le dos. Nous n'avons pas vu de différences grossières dans la disposition ou la tonicité des moignons restants, suivant que le membre-fantôme était considéré par le sujet comme étant en abduction ou en position normale.

La réfrigération au chlorure d'éthyle (Adler et Hoff), l'infiltration des moignons à la novocaïne n'ont pas modifié les dispositions spatiales du moignon, elles semblaient en rendre la perception moins douloureuse.

Un des amputés étudiés par Schilder (7) pouvait bouger le membre-fantôme au travers de son propre corps. Cette observation, comme le remarque son auteur, est du plus grand intérêt, car elle montre que la représentation spatiale de notre corporalité obéit à des lois différentes des postulats normaux valables pour la connaissance sensorielle de l'espace extracorporel. Il semble même que ce déplacement d'un segment-fantôme, au travers de l'image de son propre corps, n'ait pas été ressenti étrangement par le sujet, fait non moins exceptionnel. Nous avons publié, il y a quelques années, une étude d'hallucinations lilliputiennes décolorées, où les poupées imaginaires passaient au travers d'objets réels. Cette seule constatation avait mis notre sujet dans un état d'étonnement pénible, voisin de l'angoisse. Nous avons interrogé souvent l'amputé de l'observation 27, à ce sujet, sans pouvoir confirmer l'observation de

Schilder : notre patient percevait sa jambé-fantôme très distinctement repliée sous le creux poplité de sa jambe saine, sans interpénétration de deux images corporelles.

2° *Quand on fait exécuter au membre sain une série de mouvements exigeant un effort, le membre-fantôme suit les mouvements du membre sain* (Schilder) (7). — Nous avons pu vérifier cette observation non moins curieuse au cours de crises très douloureuses chez un amputé de l'avant-bras (obs. 14). Par contre, la proposition de Curschmann (7) que le membre sain exécute également, le mouvement ordonné au membre absent ne se vérifiait pas dans notre cas. Les deux faits semblent cependant très réels et leur signification théorique est considérable : elles montrent l'existence de véritables syncinésies, syncinésies dont celles du membre sain s'expriment par une formule motrice complète, celles du membre absent par une formule motrice incomplète, mettons kinesthésique.

L'important est de savoir ce qui est à l'origine de la perception de ce mouvement, perçu comme accompli et cependant illusoire. Schilder s'en est préoccupé et dans son opuscule de 1923 (7) il se demande si cette perception est due à des afférences issues de mouvements peu perceptibles ou imperceptibles du moignon, conception que nous avons déjà signalée plus haut, si elles représentent un état simple d'impulsion, d'innervation, ou si elles ne représenteraient pas, saisi sur le vif, le projet-moteur autour duquel vont se cristalliser les autres éléments corticaux et extra-corticaux dont l'ensemble constituera plus tard la mélodie cinétique harmonieuse ?

Avant de discuter ce point, voici notre observation personnelle :

OBS. I. — J..., 40 ans. Amputé du membre supérieur gauche en 1917. L'amputation sur plaie infectée a dû être complétée en 1918 par la résection d'un nouveau tronçon du bras. Le moignon a huit centimètres de long à partir du pli axillaire. Il est douloureux au contact. L'infiltration novo-cainique a modifié pendant une dizaine d'heures les douleurs dans le bras jusqu'au coude, mais reste sans effet sur les douleurs dans la main absente et dans le poignet. Ce malade a été suivi de 1923 à 1929. Une intervention nouvelle sur le moignon a été refusée en 1929 (le malade avait subi antérieurement 2 opérations, toutes palliatives de la douleur, sans succès.

Expérience très typique de mai 1928. Le malade souffre beaucoup depuis 48 heures, malgré 0,08 de morphine par jour. Il dit avoir la sensation qu'on écrase la main et le poignet gauche, avec des lancements violents à la pointe de l'omoplate et au niveau du creux sus-claviculaire.

La main-fantôme est étendue sur l'avant-bras, les doigts étendus, le pouce écarté, l'avant-bras souffre, mais cette souffrance ne peut se comparer à celle de la main, surtout au bord interne de celle-ci. Malgré nos efforts, nous ne parvenons pas à obtenir du patient qu'il plie la main-fantôme sur le poignet, et qu'il plie les doigts dans la main et appuie le pouce sur ceux-ci dans le geste de fermer le poing. On le voit tendre violemment le moignon, l'épaule, mais, dit-il, sans résultat. Nous lui demandons alors de se suspendre par la main droite à une barre fixe ; des deux bras, il exécute ce mouvement, et nous dit avec étonnement qu'il sent sa main absente se fermer, les doigts plier comme s'il tenait également la barre. Il ne peut pas nous renseigner sur la position exacte de l'avant-bras pendant ce temps, mais bien sur celle du bras. Quand on recommence l'épreuve, le sujet étant déshabillé, on voit que le moignon bras-épaule prend une position symétrique à celle du segment sain opposé. Le malade n'a pas pu nous renseigner plus amplement sur la position des doigts repliés. Cette position des doigts repliés dans la main-fantôme persiste jusqu'à la fin du jour, ne se dissipe que dans la nuit, au moment où le sujet avait avalé ses 0,30 de luminal. Quelquefois, quand il souffrait moins, le « poing-fantôme » s'évanouissait avant ce temps. Cette épreuve de la barre fixe a été faite à six reprises, une fois après une anesthésie du plexus cervico-brachial du côté amputé ; au cours de cette dernière expérience, les moignons ne prenaient que très imparfaitement la position du moignon amputé (si le sujet avait les yeux bandés) et la main-fantôme parvenait cependant à se fermer en même temps que la main saine qui portait le poids du corps.

Cette observation montre que : 1° le moignon brachio-scapulaire, tout en subissant pendant l'épreuve de la suspension, un renforcement tonique et en adoptant une position symétrique de celle du membre sain, ne peut jouer aucun rôle dans la mise en éveil de la sensibilité musculaire causée par des mouvements nés dans le segment distal (doigts et mains) de ce membre-fantôme ; 2° que l'anesthésie du plexus, tout en étant incomplète et en ne modifiant qu'incomplètement le tonus du moignon, vicie suffisamment les afférences musculo-tendineuses pour que l'attitude du moignon ne soit plus symétrique, au moins quand tout contrôle visuel est exclu. Cette modification artificielle et inconsciente de la position du moignon ne détruit pas l'image spatiale du poing-fantôme qui adopte une position symétrique (quoique moins précisément définissable) de celle du membre sain.

Nous devons en conclure que *la perception des membres laisse en nous un résidu kinesthésique, étroitement soudé aux inner-
ventions motrices (tellement étroitement que normalement il en est indécollable), que normalement ce résidu est mobilisé d'une*

façon bilatérale, bilatéralisation que nous éliminons par une éducation motrice prolongée.

Chez les amputés, la perception du résidu est grossière par son aspect douloureux, mais elle conserve ses caractères primitifs. Les afférences du moignon peuvent jouer un rôle, mais le résidu leur préexiste. C'est ce que montre son exaltation douloureuse sous forme du poing-fantôme, dans notre cas 11, où apparaît aussi son indépendance à l'égard du moignon. *Ce résidu est une donnée d'ensemble. Il n'est pas partagé en secteurs radiculaires ou névritiques, il peut se réactiver par fragments, mais ceux-ci répondent à une répartition qui n'est plus celle de la métamérie troncospinale.* L'amputé souffre dans sa main, dans l'avant-bras, dans toute la jambe sans pouvoir déterminer exactement les limites longitudinales des territoires endoloris. Si dans certains cas, les deux ou trois doigts de la partie radiale ou cubitale sont plus touchés, comme si dans la répartition la douleur obéissait à une topographie radiculaire, il faut y voir une différence de degré et non une preuve de l'intégrité des autres territoires. Tout le segment souffre, certaines régions un peu plus.

Les segments-fantômes peuvent participer à la motricité sous forme d'un mouvement symétrique, dont la perception est d'autant plus confuse et plus fragile que les sensations douloureuses qui l'accompagnent sont moins vives.

3° *La morphologie du membre-fantôme peut se modifier dans le temps : le membre-fantôme peut se rapetisser, se rétrécir (Schilder), nous n'avons pas observé de phénomène même dans nos cas dont certains datent de plus de douze ans.*

4° *La douleur du membre-fantôme subit la répercussion des afférences éloignées, tout comme les blessures douloureuses des nerfs. On a fait remarquer que les excitations symétriques les réactivent avec une grande facilité. Cependant, quand la douleur dans le membre opposé est excessivement intense, les algies peuvent être dérivées, le patient ne se souvient de son illusion que si on l'interroge.*

Nous avons observé ce fait avec une grande netteté, au cours de l'observation faite avec R. Delbeke sur le phénomène du membre-fantôme chez un endartéritique dont successivement les deux jambes durent être amputées à sept ans d'intervalle.

Cette observation est d'autant plus intéressante que l'illusion du nombre absent gardait de la douleur primitive certaines nuances particulières.

OBS. II. — D..., 38 ans. Endartérite oblitérante progressive du membre inférieur gauche, douleurs violentes dans la plante du pied, le talon, le bord interne de la cheville. Se plaint, quand on le met debout, de marcher sur une semelle de bois, son gros orteil serait comme une épine énorme. Ces sensations sont perçues pendant 18 mois (1923-1925). Devant la menace d'une gangrène, on fait, après plusieurs essais palliatifs (sympathectomie périfémorale, etc...) infructueux, une amputation jusqu'à 4 cm. sous la pointe de la rotule. Moignon constitué *per primam*. Trois mois après, violentes douleurs dans le genou et le membre absent : elles ont ce même caractère de brûlure épouvantable atteignant tout le pied, mais surtout la plante, talon, bord interne et par moments le patient ressent la « plante du pied en bois et le gros orteil en épine ». Nouvelle résection. Amélioration légère. Début des mêmes phénomènes d'artérite oblitérante à droite. Atténuation manifeste du moignon douloureux gauche au fur et à mesure de l'aggravation des douleurs à droite.

Ce patient a présenté, à deux reprises, une crise douloureuse généralisée, avec hypertension brutale : il nous a dit que, pendant ce temps, le membre-fantôme n'était pas plus douloureux que l'ensemble de son corps. Amputation de la jambe droite jusqu'en dessous du genou (1932). Pas de douleurs, ni de membre-fantôme de ce côté depuis deux ans. Celles du côté droit persistent, mais sont très atténuées actuellement.

L'apparition des douleurs d'endartérite à droite a mis fin aux douleurs intenses dans le membre-fantôme gauche : déviation de l'attention, pourrait-on dire, mais le phénomène d'illusion n'a pas entièrement disparu. Pas de membre-fantôme consécutif à l'intervention droite. Les défenseurs de la théorie périphérique pourraient à bon droit signaler qu'ici le moignon a été parfait d'emblée et que, par conséquent, le membre-fantôme n'avait aucune raison de se développer.

La réactivation de l'algo-hallucinoïse segmentaire par des irritations symétriques, son atténuation par de violentes irritations en un autre point sont explicables par une théorie périphérique. La réactivation de la douleur dans le segment amputé, avec la qualité particulière qu'elle présentait au moment où le membre était présent nous semble cependant exiger une collaboration beaucoup plus complexe de la sphère sensitivo-sensorielle et difficilement explicable par ce que nous savons aujourd'hui des conductions sensitives périphériques.

5° Ce qui frappe encore, quand on suit pendant longtemps, chez ces malades, l'évolution de leur douleur, c'est le fait que le membre-fantôme existe, pour eux, en tant qu'un segment indépendant, formant un tout aussi réel sinon plus actuel que le

segment correspondant conservé. Ils en parlent (non pas avec les indications de direction, d'acuité, de périodicité dont un autre malade parle de sa névrite, indications figurant avant tout une trajectoire), mais comme d'un segment vivant dont l'expérience a la valeur d'une véritable connaissance (Schilder). Quand une connaissance est aussi différenciée que nous venons de le voir, il nous paraît difficile de la considérer comme la simple intégration d'une irritation sensorielle aussi primitive que la douleur d'un névrome.

**
**

Chez les amputés, la perception du membre-fantôme est liée habituellement à la présence de douleurs. Il peut ne pas en être ainsi, et *le membre-fantôme peut exister en dehors de toute irradiation douloureuse et sans amputation*, ainsi que le montre l'observation suivante fort curieuse et, somme toute, rare.

OBS. III. — M. E..., 51 ans (12-6-1921). Fistule rectale, vieux trajet lardacé, à clapiers multiples, nécessitant une exérèse minutieuse et longue. Anesthésie rachidienne (D^r Jonas), nous ne nous souvenons plus de l'anesthésique utilisé. Le malade est installé, immédiatement après, en position gynécologique.

L'opération se déroule sans aucun incident, ni opératoire, ni anesthésique. Le soir nous revoyons le malade qui se sent fort bien, mais se déclare épuisé par la sensation qu'il conserve encore d'avoir les jambes élevées et écartées au maximum dans la position opératoire. Or, il voit lui-même que ses jambes sont étendues dans son lit, on a même noué une serviette autour des jambes pour maintenir mieux son pansement en place et cependant il les sent élevées au-dessus du plan du lit, dans cette position peu confortable qu'il avait sur la table d'opération.

Examen neurologique : hypoesthésie légère des deux plantes des pieds, du scrotum et de la verge.

Les réflexes sont faibles, mais existent.

Il peut uriner.

Le lendemain soir, l'esthésie est complète partout. Le malade se plaint toujours et se demande avec anxiété si cette sensation va perdurer encore longtemps. Sensibilités profondes intactes. Pallesthésie intacte. Quand il ferme les yeux, il a réellement la sensation que ses jambes sont en l'air, et cependant quand il les bouge, il les sent jumelées sous ses draps. Il sent bouger ses orteils, il sent l'épingle que cherche les réflexes cutanées plantaires. Quand il est immobile, la sensation énervante de ses jambes en l'air l'emporte sur la sensation réelle de ses jambes, pour la combattre il les remue sans cesse. Il ne peut dominer cette sensation et passe la nuit à remuer légère-

ment ses membres inférieurs. Un essai de le coucher sur un côté n'est guère plus heureux : les jambes restent en l'air, le tronc est en décubitus latéral, le paradoxe est encore plus désagréable.

Cette sensation a duré pendant cinq jours puis s'est atténuée très lentement. Le malade est resté insomniaque pendant douze jours, tellement le malaise, lié au sentiment d'étrangeté de cette sensation, lui avait été pénible. C'est un homme cultivé, il proclame que, de toute l'intervention et des suites opératoires longues, le dédoublement de ses jambes lui a laissé le plus mauvais souvenir.

L'illusion de l'attitude gynécologique, séquelle tenace de l'anesthésie rachidienne, ne peut s'expliquer dans ce cas que par une hyperesthésie persistante des afférences profondes, par une hyperexcitabilité anormale résultant directement de l'anesthésie.

Il faut cependant admettre que ces afférences obscures réactivent quelque part, à un niveau plus élevé, un résidu sensoriel plus complexe.

L'illusion de l'attitude gynécologique persiste encore alors que les sensibilités cutanées et profondes sont déjà redevenues normales. Ce sentiment des membres-fantômes est tellement réel que, pour en combattre l'inquiétante étrangeté, le patient met incessamment en mouvement ses membres inférieurs, sa paroi abdominale, ses muscles fessiers aux fins de raviver constamment le sentiment normal de son état somatique.

L'étrangeté atteint son maximum quand, par suite du décubitus latéral, il sent le tronc-fantôme avec ses jambes déployées greffé dans son flanc gauche. La qualité de la sensation du tronc et des jambes-fantômes est plus diffuse mais plus bizarre que celle du tronc et des jambes réels.

Nous n'avons pas songé à rechercher ce que serait devenue la sensation des membres-fantômes si nous avions placé les membres réels dans la position exacte occupée par les premiers. Les mouvements volontaires des membres réels étaient incapables de modifier l'attitude des membres-fantômes ou d'y induire des mouvements.

Les membres-fantômes ne présentaient aucun mouvement spontané. Les douleurs de pincement, parfois très pénibles, que nous provoquions dans le membre sain, n'étaient pas transférées ni ressenties dans le membre-fantôme. Le caractère analgésique et toujours pareil à lui-même des membres-fantômes, dans ce cas, les différencie des membres-fantômes des amputés. Le sentiment de leur réalité est moins profond que dans ces derniers : l'étrangeté de leur perception n'en est pas moins impressionnante.



Le premier cas de membre-fantôme observé au cours d'une hémiplégie droite est dû à H. Pinéas (6). Une malade de 69 ans avait l'impression que le membre paralysé se trouvait étendu en travers de sa poitrine et cette impression subsistait, même quand elle s'était assurée, en se tâtant avec la main indemne que ce membre reposait sur le lit à côté d'elle. Par ce dernier détail, l'observation de Pinéas se rapproche de celle des membres-fantômes au cours de la rachi-anesthésie, que nous venons de décrire.

Mais la sensation éprouvée par la malade de Pinéas se renforçait encore quand elle souffrait. Elle avait enfin le sentiment net que ce membre paralysé, en réalité complètement inactif, pouvait être soulevé volontairement à une vingtaine de centimètres au-dessus du plan du lit. Or, l'exagération de l'illusion par la douleur, la perception de mouvements volontaires dans le membre-fantôme, sont deux caractères que nous avons décrits plus haut dans la sémiologie des illusions des amputés.

L'observation suivante inédite est aussi convaincante que celle de Pinéas, elle apporte, en outre, des renseignements intéressants sur la symptomatologie des douleurs centrales.

OBS. IV. — F... Por..., 60 ans, est conduit à l'Hôpital de Stuyvenbergh le 10-6-1927, atteint de violentes céphalées avec petits troubles de la parole. L'anamnèse montre chez lui, en dehors de quelques vertiges avec parésie de la main gauche souvent pendant les six dernières années, un état de sclérose cardio-rénale ancienne avec albuminurie discrète (0,50-1,50 0/00). Le taux de l'urée sanguine s'élève à 0,70 0/00. La réaction de Wassermann est négative.

Cliniquement : hémiparésie droite prédominant au membre supérieur avec mouvements involontaires de type choréoathétosique. Par moments on observe une main hypothalamique typique.

Hémianopsie droite. Parole légèrement embarrassée. Hémiparésie faciale droite légère. La langue est légèrement déviée à droite, le côté droit est plus empâté que le gauche. Hémiparésie du voile. Pas de troubles de la déglutition. Les mouvements actifs du membre supérieur sont plus difficiles que ceux du membre inférieur même côté qui sont relativement conservés. Babinski à droite.

Conclusion. — Lésion thalamo-hypothalamique gauche.

Le 22-8-1927, le patient fait un nouvel ictus. Vertiges avec douleurs violentes dans tout le côté droit, dans toute la langue, dans les organes génitaux; les mouvements involontaires sont devenus beaucoup plus intenses et revêtent par moments un aspect de torsion très par-

ticulier. Le membre inférieur est particulièrement rigide en extension et présente des tendances à l'enroulement vers la droite. Le malade est peu conscient. Le pouls est mauvais. La température atteint 38°5 le soir.

24-8-27 : Amélioration légère de l'état général. Le malade répond. La rigidité du membre inférieur droit est moins accentuée, les mouvements du membre supérieur sont moins vifs, ils ont un aspect d'enroulement dans le sens de la pronation toujours très remarquable.

L'état mental ne permet pas encore un examen approfondi des sensibilités. La parole et la déglutition sont meilleures.

Le 26-8 : Le patient est beaucoup plus lucide. Les mouvements involontaires moins grossiers, moins rythmiques, aussi on note de rares secousses dans le membre inférieur gauche.

Urée sang, 0,84. Glycémie, 0,77. Wassermann, négatif.

Le 1-9 : L'examen est possible. Nous notons à ce moment une hémiplegie spasmodique gauche, la palpation du membre inférieur gauche déclanche des contractions spasmodiques en extension tout à fait typiques. Au repos, ces spasmes ne se produisent pas : on peut même dire qu'ils sont absents pendant le sommeil. Mais dès que le patient est assis et qu'on y touche, les deux membres inférieurs se mettent en extension forcée avec extension de la musculature dorso-lombaire. S'il est assis sur une chaise, il tombe à terre, car le renforcement du tonus d'hyper-extension des membres inférieurs va de pair avec une accentuation des mouvements involontaires du membre supérieur gauche.

Le membre supérieur gauche est encore animé de mouvements involontaires, mais beaucoup plus discrets. Le patient se plaint de violentes douleurs dans tout le côté gauche et réveille sans cesse les voisins pour qu'on rabaisse son bras gauche et qu'on le remette le long de son corps dans son lit. Il se plaint que la fatigue du bras gauche constamment replié sur sa tête et surélevé lui rend le sommeil impossible.

Il se plaint de cette fausse position surtout la nuit, et, à plusieurs reprises, la garde de nuit nous signale que ce sont de pures inventions, car, quand on vient près de lui, il a déjà le bras en bonne position, le long du corps.

Le 8-9 : Examen du patient au lit. Le membre supérieur est immobile le long du corps, en légère pronation, avec mouvements involontaires localisés à la main. Le patient est incapable de le soulever au-dessus du plan du lit et d'effectuer avec ce membre le moindre mouvement. Apparition, à la moindre manipulation des membres inférieurs, des mêmes spasmes en hyper-extension avec hyper-extension carpo-pédale. Hémi-hypoesthésie droite, surtout à la température, avec erreurs nombreuses, hyperalgésie très douloureuse au froid. Hypoesthésie très légère dans le membre supérieur et le pied.

Il se plaint, en outre, de violentes douleurs, surtout au membre supérieur, « qui tend à se mettre sous sa tête », avec une torsion

involontaire très pénible dans l'articulation de l'épaule et du coude à droite.

Gros troubles de la sensibilité profonde du bras et de l'avant-bras à droite.

Le patient est isolé. A travers une petite ouverture, il est surveillé nuit et jour, car, en dépit de son affirmation, nous croyons qu'il est capable de faire des mouvements volontaires avec le bras droit. Les spasmes provoqués au moindre attouchement, en particulier comme on l'assied, nous ont mis en éveil, et nous nous demandons s'il ne s'agit pas de troubles fonctionnels surajoutés. Au moment de ce second ictus, le malade qui devait rentrer chez lui par ordre de l'administration cherchait à tout prix à demeurer dans notre service. Ordre est donné de ne pas obtempérer aux manœuvres qu'il obtient de faire exécuter à son bras la nuit par une infirmière complaisante et de surveiller principalement la position de ce membre pendant le sommeil.

Ordre est donné, en même temps, de commencer, en les accompagnant d'encouragements thérapeutiques, des injections douloureuses de 1 cc. d'éther, dans la région profonde de la fesse, tant du côté gauche que du côté droit, à raison d'une injection tous les deux jours.

12-9 : La religieuse qui le surveille nous signale que la position du bras ne change ni de jour, ni de nuit, qu'en fait le patient ne s'en sert pas, que les mouvements involontaires disparaissent pendant le sommeil profond, mais que, même pendant la nuit, quand il se réveille, le malade semble réellement beaucoup souffrir. A la visite, il demande à conserver la lumière pendant la nuit, car, dit-il, les sensations douloureuses dans le bras sont moins pénibles.

Un interrogatoire minutieux nous apprend alors les détails suivants : le patient a pendant les crises douloureuses et quelquefois plusieurs heures après, quand la douleur s'est encore un peu atténuée, l'impression que réellement son bras s'est tordu en arrière de sa tête, avec une sensation très pénible dans les articulations de l'épaule et du coude. Pendant le jour, ou quand la lumière est allumée, il est sûr que son bras est couché le long de son corps, et il attend que la crise passe, mais la nuit, quand les douleurs le réveillent dans l'obscurité, il doit faire avant tout avec la main indemne le tour de son membre gauche et de son épaule pour bien se rendre compte que ce membre n'est pas écrasé par le poids de sa propre tête. Dans l'obscurité, avant qu'il ne se soit orienté, cette sensation de torsion, le sentiment d'être couché sur une partie de lui-même sans pouvoir se mouvoir est très angoissante. De fait, la religieuse de nuit nous signale qu'il avait une singulière manie de chercher au réveil avec le bras sain au-dessus de sa tête, à droite, comme s'il voulait se couvrir la tête, ce geste étant évidemment interprété dans un sens de simulation.

Il ne trouve pas les injections d'éther désagréables. Nous arrêtons l'interrogatoire mais la thérapeutique est continuée dans le même sens.

14-9 : La dernière injection d'éther a donné une nécrose de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le traitement est suspendu pendant cinq jours. Les spasmes des membres inférieurs existent toujours ainsi que l'illusion du bras replié.

Les troubles sensitifs restent ce qu'ils étaient le 8-9. Le malade a maigri de 1 kg. 800 et est assez déprimé.

21-9 : Les spasmes des membres inférieurs, comme on en voit dans la sclérose en plaques, continuent à se produire au moindre attouchement des membres inférieurs. Quand le patient est assis et qu'on détourne son attention, les membres se déraidissent, dès qu'on attire son attention sur eux ou qu'on veut le mettre debout, il tend à s'incurver en arrière en hyperextension du tronc et des membres. Reprise du traitement à l'éther et dans les conditions d'isolement strict. Il a regagné 1 kg. 200.

23-9 : Il a confié à la religieuse qu'il préfère recevoir les injections d'éther dans le bras droit et demande de pouvoir lui-même en indiquer l'heure, il dit qu'elles soulagent pendant trois, quatre heures la crise douloureuse, quand la piqûre est faite à l'acmé de celle-ci. Nous y avons consenti. La surveillante nous dit que l'injection d'éther lui procure souvent dans le quart d'heure qui suit l'injection un tel soulagement que, réellement, la figure du malade s'apaise et s'éclaire.

Le 25-9 : Il est réplacé en salle commune.

26-9 : L'excitation faradique douloureuse en pleine crise du membre supérieur droit donne une sédation comparable quoique moins efficace que l'injection de 2 cc. d'éther. Celles-ci ne peuvent pas être continuées malgré la demande du malade.

27-9 : Les mouvements involontaires sont mal perçus du sujet.

Chez ce malade présentant un syndrome clinique thalamo-hypothalamique gauche nous observons donc :

1° Pendant les paroxysmes algiques et parfois dans les heures qui les suivent, une illusion bizarre : celle de sentir le membre douloureux replié sous la propre tête du sujet et tordu dans ses attaches (sensation ayant un tel degré d'objectivité que le malade doit recourir au contrôle visuel ou tactile pour en éprouver le bien-fondé. Pendant le jour, l'illusion n'est pas acceptée, la nuit, par manque de contrôle visuel, l'illusion est tellement intense qu'au début le patient réveillait ses camarades pour replacer le membre-fantôme dans la bonne position. C'est ce qui nous avait fait conclure à la possibilité d'une supercherie et fait admettre que le segment paralysé pouvait en réalité être mis en action ; 2° cette illusion d'un déplacement spatial du membre paralysé s'accompagne de grosses modifications dans la sensibilité profonde de ce segment. Le trouble des afférences musculo-articulaires coïncide avec une grosse erreur dans l'appré-

ciation de la situation spatiale respective d'un des segments corporels.

Un syndrome clinique thalamo-hypothalamique peut donc s'accompagner de la perception d'un membre-fantôme, le membre réel étant présent, perception plus vive au moment des douleurs et immédiatement après. Etant donné la grossièreté des troubles de la sensibilité profonde du côté du membre atteint, il est difficile d'admettre que ce trouble résulte des irritations centripètes issues des dispositifs musculo-articulaires de ce segment à la suite de modifications de position minimales.

Le membre-fantôme a, comme dans l'observation de Pinéas, une position toujours identique, mais ici nous n'avons pas réussi à le mobiliser comme c'était le cas dans l'observation de cet auteur. Pinéas signalait en effet la possibilité de déplacer le membre-fantôme par élévation des deux bras, c'est-à-dire par le truchement d'un mouvement symétrique.

La perception d'un mouvement dans le membre-fantôme par l'exécution du même mouvement symétrique par le membre sain est superposable aux faits plus haut signalés dans l'illusion des amputés.

Nous ne dirons qu'un mot de deux autres particularités de cette observation : 1° la douleur thalamique diffuse était atténuée par l'incidence d'une douleur aiguë en un point du segment souffrant : cette possibilité de diminuer l'intensité des douleurs diffuses en les concentrant dans une zone déterminée par irritation locale mérite d'être soulignée et Ehrenwald (8) a consacré à ce fait un travail intéressant ; 2° les renforcements toniques en hyperextension de la jambe et du tronc que nous considérons comme hystériques, sont très vraisemblablement en rapport avec la lésion thalamo-hypothalamique. Il s'agissait là, non de mouvements d'opposition simulés, mais réellement de réflexes toniques mis en jeu par des afférences cutanées ou simplement par des modifications minimales dans le tonus d'attitude. Nous reviendrons plus loin sur ce point qui mérite d'être très longuement analysé.

Le malade a succombé le 3-2-1928. L'autopsie a révélé les faits suivants :

L'aspect macroscopique du cerveau ne révèle rien d'anormal. Une série de coupes vertico-frontales ont été partiquées. La coupe la plus antérieure passant par les régions pré-frontales, celle qui passe par les noyaux caudés et la partie antérieure du strio-pallidum ne montre rien d'anormal. Le corps calleux en particulier est indemne. La

lésion principale apparaît sur une coupe passant par le plan moyen des noyaux gris centraux. On voit, à droite, un foyer de ramollissement atteignant le tiers supérieur du noyau thalamique externe et antérieur, mordant sur la partie moyenne de la capsule interne au niveau du défilé interstrié et se prolongeant en dedans et en haut jusqu'au niveau du revêtement épendymaire du ventricule. Un prolongement de ce foyer atteint la partie supérieure du putamen, mais respecte le segment interne et le pallidum. Ce foyer se laisse poursuivre sur la coupe immédiatement postérieure. Il atteint son plus grand développement sur la coupe qui intéresse le corps de Luys dans son entièreté. Le corps calleux, le trigone sont intacts. L'avant-mur, le putamen et le segment pallidal, encore visibles à ce niveau, sont indemnes. Le segment sous-lenticulaire de la capsule, le noyau rouge, le corps de Luys, la bandelette optique, le locus niger, ont leur aspect habituel. Par contre, toute la zone thalamique est profondément remaniée. Le thalamus est atrophié dans son ensemble, mais les grosses lésions portent avant tout, sur le noyau externe, le reste du noyau antérieur représenté à ce niveau par un petit secteur triangulaire à base ventriculaire et le noyau semilunaire. La zone grilagée est légèrement atteinte elle aussi ainsi que la lame médullaire externe.

Le noyau interne n'est pas indemne, ni la partie qui avoisine le ventricule. Le centre médian est intact. La zone externe participe au ramollissement, la lame médullaire interne ne peut plus être décelée.

Sur la coupe passant par les étages les plus postérieurs du cerveau on ne voit pas de modifications appréciables. Nous avons particulièrement étudié les coupes les plus postérieures, celles qui passent par la pariétale ascendante, le sillon interpariétal, le pli courbe, qu'intéressent aussi le tapetum, les réactions optiques et le forceps major, sans y trouver de lésions.

Au point de vue anatomique, nous sommes en présence d'un syndrome thalamique pur et prédominant sur les noyaux antérieur et externe dans toute leur étendue, sur la plus grande partie du noyau interne. Les vaisseaux intéressés sont surtout ceux issus de la communicante postérieure et les artères postérieures et internes de la couche optique dépendant de la cérébrale postérieure (pédicule thalamo-perforé).

Une telle localisation explique surtout l'intensité des troubles sensitifs (douloureux) et excito-moteurs. Il est vraisemblable que c'est à cette déconnexion cortico-thalamique que sont liés les troubles intenses du modèle postural, d'autant plus que si chez notre malade P..., le phénomène du bras-fantôme est constant, il devient particulièrement réel au moment des crises douloureuses et dans les heures qui suivent.

Il n'en est pas nécessairement ainsi et nous reviendrons rapidement, à ce point de vue, sur un de nos cas déjà publié (9) et étudié avec R. Delbeke. Chez cette malade post-encéphalitique, la crise oculogyre s'accompagnait d'une hémianesthésie superficielle et profonde, d'une hypotonie unilatérale relative, d'une perturbation de l'expérience interne d'une moitié du corps en ce sens qu'aucune des données de la sensibilité profonde ne pouvait être utilisées pendant l'accès pour reproduire, avec les membres opposés une attitude imposée au membre anesthésique. Par ailleurs, la mémoire des attitudes, qui avaient été imposées, était conservée. Il ne s'agissait donc pas d'une astéréognosie, mais bien d'une incapacité transitoire d'utiliser les données du demi-schéma corporel gauche pour exécuter, avec la moitié droite du corps, un mouvement symétrique.

Le trouble oculogyre s'accompagnait donc, en dehors des troubles sensitifs banaux, de l'atteinte d'une fonction perceptive d'une moitié du corps, fonction perceptive dont l'abolition empêche l'accomplissement d'actes symétriques à exécuter par l'autre moitié.

La mémoire des attitudes segmentaires était conservée, mais pendant toute la durée de l'accès, la malade était incapable d'utiliser, pour un mouvement quelconque, les segments anesthésiés, et même d'en utiliser les afférences proprioceptives pour reproduire avec les membres sains la position imposée aux membres malades. Cette anosognosie n'était donc pas seulement un état d'ignorance sensitive de tout un demi-individu, elle se répercutait aussitôt dans les ébauches motrices du demi-individu opposé. Le phénomène du transfert de l'impulsion motrice volontaire au côté opposé confirmait l'existence de ce blocage temporaire sur les voies de l'action. Le mouvement pouvait se réaliser parfois, mais dans l'autre demi-individu par une sorte d'échappement latéral de l'impulsion. Or, le blocage existait dans deux sens : puisque une attitude imprimée à l'hémi-corps atteint ne pouvait être reproduite par l'autre moitié, bien que la mémoire de cette attitude soit conservée. L'absence de l'imitation n'était donc pas le fait d'un trouble de la sensibilité profonde, mais d'une perturbation dans le transfert au membre opposé des données kinesthésiques recueillies au niveau des membres atteints.

Si l'on se rapporte à ce que nous avons dit plus haut de la capacité de réaliser, avec le membre-fantôme, des gestes, faits symétriquement avec les membres conservés, et réciproquement, on reconnaît sans peine que ce qui sépare l'observation C. K...

de nos amputés, c'est que chez les uns la perception du segment est exaltée et chez l'autre elle est abolie. La perception, exaltée chez les uns, abolie chez l'autre, n'est autre que la notion du modèle postural et nous saisissons ici sur le vif que *l'abolition de ces schémas jette aussitôt le trouble dans le déroulement normal de l'action spontanée expressive ou transitive*. Ce dernier point sera l'objet d'une autre partie de notre travail.

Avant de quitter le sujet de l'alga-hallucinoze, je vous rappellerai cependant que chez cette patiente C. K..., dans une seconde partie de sa maladie, la moitié non reconnue du corps devint peu à peu, pendant l'accès oculogyre, le siège de douleurs très vives.

Les douleurs de cette malade rappelaient, par leur qualité, par leur rythme, par leur interprétation subjective, qu'elles déclanchent d'une manière étonnante les algies des membres-fantômes.

Dans le syndrome thalamique de l'observation P..., l'algo-hallucinoze prédomine également dans le segment paralysé qui se comporte par ailleurs comme un membre-fantôme. Dans le cas C. K..., elle se localise également au côté qui a été d'abord le siège d'une agnosie transitoire, c'est-à-dire d'un trouble de connaissance du modèle postural.

Le rapprochement des observations C. K... et P... est suggestif : dans les deux cas, l'algo-hallucinoze évolue comme une hyperesthésie du modèle postural et s'accompagne d'une hypoesthésie des afférences cutanées et profondes. L'algo-hallucinoze est transitoire chez l'une, fixe chez l'autre, chez tous deux, elle subit des variations d'intensité, chez la seconde malade, elle s'associe à une anosognosie passagère, mais ici le trouble gnosique déborde dans la sphère de l'action.

II. De l'anosognosie (Babinski)

Avant de passer à l'étude même des faits d'anosognosie, nous voudrions rappeler une observation dans la littérature, ayant avec notre observation C. K... des rapports non douteux et pouvant servir de transition entre les deux groupes de phénomènes.

Un malade de F.-G.-V. Stockert (10) ressent, un jour, après une série d'absences de type épileptique, que la moitié gauche du corps lui manque, il se regarde et constate en effet qu'elle fait défaut. Il regarde autour de lui, constate que, chez les voisins, c'est la moitié droite qui manque ; quand il se regarde dans la glace, c'est aussi la moitié droite qui manque. Cet état, pendant lequel il ne peut pas bouger, dure quelques minutes :

dès qu'il peut bouger sa jambe gauche, le sentiment de son corps lui revient et il se revoit en entier.

Ce patient ne présentait pas de troubles du sens musculaire, l'autopsie révéla une tumeur à localisation purement thalamique, dont la partie caudale s'avancait jusqu'au splénium du corps calleux, une part minime atteignant le lobe temporal et l'axe blanc pariétal. L'étage sous-thalamique était indemne.

Le sentiment d'absence de la moitié gauche du corps s'accompagnait d'abolition des mouvements volontaires, d'hémianopsie gauche, d'un sentiment de torsion du corps vers la gauche autour de l'axe longitudinal et de déplacement apparent des objets de droite à gauche autour de l'axe longitudinal, alors qu'en réalité le sujet se tournait vers la droite. Laissant de côté la discussion de ce dernier point, on peut déjà noter dans l'observation de Stockert combien ce patient est vite rassuré sur l'absence de sa moitié gauche, et avec quelle indifférence il l'accepte.

Ce cas diffère des cas qui vont suivre par la conscience que conserve le malade de l'absence de sa moitié gauche. On voit aussi que, tant qu'il ne la perçoit pas, il est incapable de l'utiliser. Le phénomène va de pair avec une hémianopsie perçue et on note l'absence de troubles du sens musculaire profond. Tous les éléments du problème se trouvent ainsi indiqués. Il revient à Anton (12) d'avoir attiré l'attention sur le fait que, dans les lésions bilatérales du lobe occipital ou temporal, le patient aveugle ou sourd n'a pas conscience de son déficit sensoriel. Anton avait même fait remarquer que les représentations acoustiques avaient disparu de leur vie mentale. Poussant plus loin ses recherches dans la même direction, il avait remarqué que les malades atteints de lésions pariétales avec de gros troubles diminués du sens musculaire présentaient, eux aussi, avec ou sans paralysie, un trouble analogue pour la moitié du corps atteinte et ne tentaient pas de l'utiliser.

Babinski, de son côté, présentant, en 1914, à la Société de Neurologie de Paris (12), un malade atteint d'hémiplégie gauche, avait attiré spécialement l'attention sur ce fait que le malade, tout en se plaignant de douleurs dans l'épaule correspondante, tout en ne présentant pas de gros troubles de la sensibilité profonde, parce qu'il percevait un peu les déplacements passifs imposés aux membres atteints, n'engageait le côté touché dans aucune action spontanée ni provoquée et se comportait comme s'il l'ignorait. Il proposa d'appeler du nom d'« anosognosie » l'ignorance du membre atteint, du nom d'« anosodiaphorie » l'insouciance du sujet vis-à-vis de son mal,

considérant presque son hémiplégie comme une affection insignifiante.

Dans la discussion qui suivit, Déjerine mit aussitôt l'accent sur l'importance de troubles sensitifs, Henri Claude sur la perte des représentations, du membre paralysé lequel ne serait pas rappelé à l'attention du sujet par une excitation motrice ou psychomotrice normale.

A la fin de 1918, Babinski (13) revint sur l'anosognosie, à la même Société et compléta sa pensée. Selon lui : « Il est à remarquer que ces malades présentent de l'anesthésie avec perte plus ou moins complète de la sensibilité profonde et de la notion de position, qui est vraisemblablement la condition nécessaire du phénomène, mais qui ne l'explique pas complètement. Il y a là une perturbation psychique très spéciale... Il est vraisemblable qu'elle résulte d'une lésion corticale. »

Notre maître, M. Pierre-Marie (14), souligna l'intérêt de ce très curieux symptôme d'ordre général, car, selon lui : « Les individus atteints d'une lésion cérébrale corticale ou sous-corticale suffisamment étendue pour déterminer l'abolition du fonctionnement sensitif ou sensoriel de la perte correspondante du cerveau, n'ont absolument aucune idée de l'existence de leur moitié du corps paralysé ou de leur moitié du champ visuel aveugle. »

En 1923, Barré, Morin et Kaiser (15) réétudiaient à leur tour cette ignorance spéciale, notaient eux aussi la bonne conservation des facultés intellectuelles générales, insistaient sur la perte du sens musculaire chez ces malades. Ils estimaient que ce dernier jouait un rôle dans la conscience et que sa perte entraînait un vrai trouble de l'intelligence spécialisé au membre intéressé.

Dès le début Anton et Babinski, chacun de leur côté, avaient affirmé que ce trouble spécial du sujet à l'égard de son corps était lié à une lésion cérébrale localisées (16), opinion violemment combattue dans les pays de langue allemande en particulier par Redlich et Bonvicini (17) pour qui ce phénomène n'était que l'expression d'un déficit global dans l'attention du sujet.

Les deux observations qui vont suivre ont trait à des anosognosies de qualité variée mais ont l'avantage, l'une du moins, d'avoir été suivie d'une vérification anatomique très précise.

OBS. V. — M. V. R... a 39 ans. Homme cultivé, intelligent, il se plaint, depuis deux ans à peine, de migraines avec hémicranie. Les migraines sont assez fugaces et siègent constamment du côté gauche. Il a constaté, en outre, depuis un an, qu'assez fréquemment il dévie vers la droite,

tant à pied, qu'en automobile. Avec ce dernier mode de transport, il a failli avoir plusieurs accidents dus à cette « inattention ». Il est assez souvent somnolent après ses migraines et s'est un jour endormi au volant de sa voiture après un accès.

Depuis ce dernier accident, il a cessé de conduire.

Le cuir chevelu à gauche est plus douloureux qu'à droite (réflexion du coiffeur).

Histoire : Le 4-3-1931, perte brusque de connaissance, chute, quand on le relève, il est paralysé du côté droit. Deux jours après, tout était rentré dans l'ordre, mais il persistait une amnésie complète des faits.

Le 7-6-32, nouvel ictus. Hémiplegie droite complète. Amnésie rétrograde, grande volubilité dans l'expression. Pas de troubles apparents de la parole. Ce patient est examiné à ce moment pour la première fois.

Examen : Hémiplegie droite. Face peu atteinte. Hypoesthésie marquée du membre supérieur et inférieur à la douleur, à la température. Troubles marqués du sens des positions. Babinski à droite. Clonus du pied à gauche. Les troubles moteurs régressent assez rapidement. L'hypoesthésie persiste. Le patient se plaint de céphalées tenaces, graves et a vomi à plusieurs reprises. Stase papillaire bilatérale ébauchée. P. L. 3 cellules ; 0,40 d'albumine ; Wassermann négatif. Traitement iodo-mercuriel intensif.

Le 10-12-1932, un nouvel examen montre la disparition de la stase papillaire, les troubles sensitifs ont fortement régressé, mais le sens des positions au pied et aux orteils est encore fort troublé.

Le 1-3-1933, nouvel ictus : la parole et embrouillée, le malade est confus. Le trouble moteur prédomine aux membres supérieurs. Le malade a été suivi du 2-3-1933 au 13-10-1933.

Le dernier ictus s'est accompagné de gros troubles de la sensibilité, la motricité a été rapidement restaurée. Voici le protocole exact de ses troubles sensitifs :

1° Hypoesthésie tactile aux deux membres droits avec conservation de la topoesthésie ; 2° hypoesthésie très marquée pour le chaud et le froid, devenant une véritable anesthésie sans discrimination possible, même aux grandes différences, au niveau du pied et de la jambe ; 3° hypoesthésie algique mais conservation d'une sensation désagréable diffuse aux membres droits ; 4° douleurs du type thalamique, par moments, au niveau du pied et de la jambe droits.

En dehors des douleurs du pied, V. R... se plaint de la sensation désagréable que lui donne toute sa moitié droite, qui est appendue à sa personne « comme un corps mort », comme un accessoire inutile et gênant. Le pied surtout et la jambe se mettent dans des positions bizarres : à table, sous la chaise du voisin ; en auto, elles s'engagent dans des barres du strapontin. Ce n'est qu'à la longue qu'un sentiment vague de gêne attire son attention sur ce membre et qu'il le dégage

alors comme on déplacerait un objet encombrant. Souvent il porte son bras gauche en bandeau, attache la main gauche au fond de la poche de son manteau, pour qu'elle ne le dérange pas. La préoccupation de ce membre devient obsédante. A notre question de savoir pourquoi elle le gêne, si ce sont les douleurs du pied qui le harcèlent, il nous dit que celles-ci ne surviennent que par accident, pour lui rappeler l'existence de sa maladie, mais que son côté atteint, tout en étant peu sensible, est pour lui comme une « masse morte » greffée sur lui, et que rien n'est plus fatigant que de devoir toujours se préoccuper des positions qu'occupe ce côté, de savoir si la jambe suit, ne s'accroche pas derrière un meuble, si son bras n'accroche pas une chaise, un porte-fleurs, etc...

Quand les troubles moteurs se sont améliorés au point que le patient exécute avec aisance tous les mouvements imposés, spontanément, il néglige le côté qui a été atteint : il se présente chargé d'un lourd manteau, nous le prions de l'enlever sans aide et à deux mains; il s'exécute avec attention et fort bien, mais lentement. A la fin de la visite, il se met à se rhabiller d'une main, n'y réussit pas, soupire, s'énervé : le bras droit reste là, inerte et inactif.

Autopsie : L'aspect macroscopique du cerveau ne montre aucune trace externe d'hémorragie ou de ramollissement. Les circonvolutions pariétale supérieure, pariétale inférieure gauches sont plus étalées que normalement et à leur niveau la consistance de la substance cérébrale est plus molle. L'arachnoïde, à ce même niveau, est tendue par le liquide sous-jacent, elle est plus adhérente au tissu cérébral que partout ailleurs.

Après fixation, le cerveau est débité en coupes horizontales. Une coupe passant au-dessus du corps calleux montre déjà la présence d'un tissu gliomateux très hémorragique dans la substance blanche du tiers postérieur sur l'hémisphère gauche. Il occupe une surface comme une pièce de deux francs sur les circonvolutions pariétales supérieures et la partie la plus haute du coin et du précoin. La coupe suivante intéresse le plein développement de la tumeur : elle occupe la substance blanche sous-jacente au pli courbe, au *gyrus angularis* et déborde sous le précoin par un prolongement assez sanguinolent. Elle atteint le volume d'un œuf de poule. La substance grise du pli courbe et même de la pariétale antérieure, au fond du sillon inter-pariétal, est érodée à sa face profonde par la tumeur. Sur une coupe passant par le genou et le bourrelet du corps calleux, la tumeur n'occupe plus que la partie postérieure de la substance blanche, sous-jacente, à la queue de la pariétale supérieure et du précoin. Une partie de la tumeur a fusé le long du tapetum, de la paroi externe de la couche sphénoïdale et on observe une petite lésion vasculaire dans la partie postéro-externe de la couche optique.

Histologiquement : Spongioblastome multiforme.

L'histoire clinique de l'avant-dernier ictus indiquait la probabilité d'une lésion thalamique. Avec celle-ci, apparurent en effet les douleurs du pied et de la jambe, si caractéristiques, et les sentiments de perception pénibles de la moitié droite du corps. Ce sentiment est agaçant et étrange ; il exaspère le malade déjà humilié par les expériences désagréables qui entraînent l'anarchie des segments abandonnés à eux-mêmes. Les membres droits ne sont pas ignorés : ils sont incessamment sous le contrôle optique du sujet. Quand il n'y fait pas attention, de vagues douleurs, dues aux positions anormales des articulations de ces membres, les lui rappellent. Il n'est pas anosognosique, et il n'est pas anosodiaphorique. Au contraire, l'anarchie de sa moitié droite l'obsède et, d'autre part, ce côté est tellement exclu de toute son activité spontanée, que ce n'est qu'au moment où il va renoncer à un acte élémentaire en raison de son inhabilité d'une main, qu'il se rappelle de son autre main. Pour annuler le plus possible cette intrusion gênante, il porte ce bras en bandeau, il lie la main dans la poche de son manteau, mais *il est incapable à la fois et de l'intégrer et de l'exclure*. Cette étrange et pénible sensation a été décrite dans bien des cas avant le nôtre. Elle atteint un degré de très haut comique, dans une observation d'Ehrenwald (10), dont le patient cherchait sous son lit son propre bras. Elle est non moins belle dans une observation de Stockert, dont le patient n'éprouve son bras qu'à l'occasion d'une collision douloureuse, et s'effraye comme d'une apparition étrange quand il voit son propre bras reparaitre dans son champ hémianopique conservé.

Les caresses mêmes étaient ressenties chez ce malade comme des sensations désagréables et diffuses. Cette forte nuance affective et algique plaidait en faveur d'une localisation pariéto-thalamique, que confirma d'ailleurs l'opération exécutée plus tard par Stieda.

L'anosognosie a ici cette particularité d'être transitoirement et péniblement consciente ; quand la moitié corporelle oubliée reprend sa place dans la conscience, elle s'y dresse comme une présence étrangère, intrusive, anormale, rappelant en cela la perception des membres fantômes.

Il faut faire une part importante dans le caractère pénible de la connaissance du modèle postural, à l'extension thalamique de la lésion sous-pariétale. C'est à celle-ci que le trouble de l'image de soi doit son caractère douloureux et peut-être son aspect angissant.

La seconde de nos observations concerne un cas d'anosognosie vraie au sens de Babinski, au cours d'une hémiplegie gauche, mais sans hémianopsie correspondante. Elle se rapproche des classiques tant par sa symptomatologie que par son évolution. Le malade présentait, en outre, un singulier trouble d'orientation sur sa propre surface.

OB. VI. — P. D..., 54 ans.

Antécédents. — A contracté la malaria en 1917 pendant un séjour à la colonie. Cette affection n'a plus donné de manifestations cliniques depuis 1919. Pas d'autres maladies connues. Il a deux enfants bien portants.

Histoire. — L'affection actuelle remonte à deux ans environ, il a constaté, et son entourage le confirme, une grande difficulté à calculer ; de nombreuses erreurs se glissent dans ses comptes et au bout de quelques semaines il est obligé de faire contrôler ses calculs par ses camarades de bureau.

La mémoire faiblit peu à peu : il oublie les ordres qu'on lui donne, égare les papiers qu'on lui confie et les lettres auxquelles on l'a prié de répondre.

A plusieurs reprises, il s'égare en ville et ne peut donner aucun renseignement sur la route suivie.

Depuis un an, la marche est devenue hésitante et irrégulière, il oscille d'un côté à l'autre, accroche les objets et les meubles. Il se plaint de maux de tête fréquents.

Depuis deux mois les troubles mentaux sont plus graves ; il ignore le jour et l'heure, ne se rappelle pas s'il a mangé ou non, dort beaucoup et la parole est souvent très gênée et non incompréhensible.

Le 20 décembre 1932 il aurait présenté un grand vertige, avec céphalées violentes et vomissements. Il est alité depuis ce moment. Il y a des troubles de la sensibilité thermoalgique mais très variables d'un jour à l'autre. Par contre, la sensibilité profonde, le sens des positions et des attitudes sont conservées.

Il utilise volontairement ses membres gauches.

La topoesthésie de cette moitié du corps est d'ailleurs normale. C'est l'entourage qui a remarqué que le malade ne sait pas ce qu'il fait de son bras gauche, en voici différents exemples :

Il est assis à table, il a l'habitude de s'accouder en lisant le journal, il s'installe fréquemment avec le coude dans son assiette de potage chaud sans s'en apercevoir.

Tantôt, il dépose l'avant-bras dans un plat qui se trouve à sa gauche. Avec son bras gauche, il renverse les objets à sa portée et il ne semble pas s'en apercevoir tant que le bruit de la vaisselle tombée à terre n'attire pas son attention.

Même « négligence » pour la jambe ; il se lève, passe sa robe de

chambre et aux heures ensoleillées on lui permet de se rendre au jardin, on le trouve au jardin se promenant, mais sans bas, pantoufle ou bottine du côté gauche. Quand on le lui fait remarquer, il s'en étonne et va s'habiller.

Même au lit ce membre est négligé, quand on le prie de se coucher les jambes étendues, il le fait, l'ordre lui semble bien exécuté et il n'est pas rare de voir le pied gauche demeurer en abduction anormale.

Cette absence d'attention aux membres gauches ne se voit que dans les actes spontanés, quand on lui demande d'exécuter avec ceux-ci seuls des mouvements déterminés, les ordres sont exécutés correctement.

Les premières erreurs ou plutôt négligences apparaissent quand il opère avec les deux membres symétriques.

Quand on attire l'attention sur ces fausses positions, il les constate, regarde son bras avec étonnement et corrige l'attitude. Il n'est pas possible d'obtenir une attention spontanée suffisante pour éviter le retour de ces erreurs.

L'examen du sang montre une urée sanguine de 0,28, une réaction de Wassermann négative.

La ponction lombaire en position couchée donne une P.L. de 8 cm. au Claude. La réaction de Wassermann est négative. La ponction artérielle est de 20/10.

Examen le 28 décembre 1932. — Malade amaigri, beaucoup plus vieux que son âge, pâle, peu soigné, il est torpide ou euphorique.

Les moindres mouvements sont fébriles et désordonnés.

Il sait la date de son mariage, ignore celle de la première communion de ses enfants, ainsi que les faits les plus récents de la vie publique belge et internationale.

La parole est incertaine non par dysarthrie mais par insuffisance d'évocation rapide des mots.

De-ci de-là un mot est sauté dans une phrase et en rend l'intelligence difficile.

Les réflexes tendineux sont vifs partout, même trépidants à gauche. Pas de signe de Babinski, ni Oppenheim.

Pas d'amyotrophie.

Les réflexes abdominaux sont conservés.

Pas d'hésitation dans l'épreuve du doigt sur le nez, ni du talon sur le genou. Pas d'hypotonie.

Dans l'épreuve du doigt sur le nez on remarque cependant un ralentissement préterminal très net surtout à gauche.

Romberg positif.

Démarche ataxo-spasmodique avec fort talonnement surtout à gauche. Pas de troubles des nerfs craniens.

Les pupilles réagissent normalement.

Pas d'aphasie sensorielle ni de paraphasies.

Les épreuves d'apraxie sont négatives.

Troubles légers de l'appréciation des qualités thermiques surtout au membre inférieur et pour le froid.

Sensibilités algique et tactile sont conservées. Il peut nous dire quels sont les membres touchés, main, bras, pied, etc..., mais quand on lui fait montrer sur le membre opposé ou expliquer plus exactement où se trouve localisé le point qu'on vient de toucher, ces points sont toujours localisés plus près de l'insertion du membre qu'ils ne sont en réalité.

Au fur et à mesure qu'on se rapproche du tronc, les erreurs deviennent plus nombreuses et à deux reprises le patient localise l'excitation du côté opposé.

Pas de douleurs.

Mort le 10 mars 1933.

Autopsie. Artériosclérose cérébrale grave. Deux foyers de rétraction par ramollissement sont visibles à la surface de l'hémisphère droite. L'un ampute le tiers moyen de la pariétale supérieure, passe ce point sur le gyrus supra-marginal pour se terminer au bord postérieur du sillon interpariétal. L'autre touche la partie postérieure de la pariétale supérieure et atteint le tiers supérieur du pli courbe. Il est plus profond et plus récent.

Une série de coupes vertico-frontales du cerveau montrent les faits suivants :

Sur celle qui passe en avant du lobule paracentral et par le plus grand développement thalamique, on aperçoit de nombreuses lacunes dans le noyau externe du thalamus et le segment externe du putamen. De rares lacunes plutôt petites mordent sur la capsule interne. Une petite lésion malacique se voit dans la profondeur du sillon qui sépare les deux premières temporales.

Les lésions lacunaires se poursuivent dans le segment postérieur des noyaux gris centraux sur une coupe plus postérieure passant par la partie moyenne du corps calleux.

Sur les coupes plus postérieures, on voit que le ramollissement pariétal plonge en dedans du sillon interpariétal dans l'axe blanc, atteint les fibres les plus postérieures du bourrelet du corps calleux et un grand nombre d'éléments de la couronne rayonnante descendante des segments les plus postérieurs des circonvolutions post- et précentrales. Sur une coupe, passant en arrière du bourrelet du corps calleux, on retrouve des traces de ce ramollissement au niveau du tapetum et du forceps major. Le ramollissement du pli courbe atteint sur ce point la lèvre supérieure de l'extrémité de la scissure de Sylvius.

Chez ce dernier malade, le tableau de l'anosognosie est typique, avec un minimum de déficit sensitif, avec une sensibilité profonde intacte, sauf dans les derniers mois, où il accuse une erreur d'orientation spatiale, sur laquelle nous reviendrons ; il présente

une amputation de son héli-corps gauche, dont il est complètement désintéressé. Il promène son bras dans une assiette, dans un plat à gauche de lui, oublie de vêtir sa jambe gauche, l'abandonne hors du lit, dans une ignorance parfaite de toute cette moitié de lui-même. Il se corrige quand on attire son attention sur ces anomalies mais recommence. Sans doute ce patient a des troubles de mémoire ou d'attention, dont résulte un déficit sensible dans toutes les branches de son activité : mais le trouble de sa moitié gauche a quelque chose d'électif et de plus global. Cette ignorance s'évanouit d'ailleurs quand on signale au malade l'existence de cette moitié, alors que les autres troubles ne peuvent être compensés.

Cette perturbation dans la connaissance de son modèle postural a deux conséquences dont l'intérêt théorique mérite d'être établi :

1° Une erreur de localisation spatiale des impressions sensorielles, à la surface de son propre corps, dans la moitié ignorée. Je pique énergiquement de l'aiguille le tiers inférieur de l'avant-bras ; il localise la piqure au pli du coude. Je touche le dos du pied, il localise au genou. Les sensations sont donc réparties dans une direction proximale.

Semblable remarque a été faite avant nous par F.-G.-V. Stockert, qui admet chez son malade un déplacement de la ligne médiane du corps, qui naîtrait de l'absence de sentiment de la moitié gauche, de sorte que toutes les excitations venues du côté gauche seraient reportées plus à droite.

Ce déplacement de l'espace proprioceptif vers la droite ne s'accompagne, ni dans le cas de F.-G.-V. Stockert, ni dans le nôtre, d'hémianopsie,

2° La localisation de côté, dans l'espace proprioceptif, peut, par moments, être inversée. Nous avons vu que, au fur et à mesure que les excitations se rapprochent du tronc, les chances d'allo-esthésie augmentent. Fait fort intéressant, car il semble démontrer que la topoesthésie au niveau des zones proximales du corps serait moins précise que celle des extrémités, ce qui cadre bien avec le fait que cette dernière est constamment entretenue par les sollicitations de l'action.

3° Les épreuves d'apraxie sont entièrement négatives : l'apraxie idéatoire n'apparaît que dans les mouvements exigeant une disposition symétrique des segments distaux. Ceci se comprend, car ce sont précisément ceux-ci qui exigent une coadaptation rigoureuse des segments distaux, c'est-à-dire une utilisation spatiale exacte des deux moitiés du corps.

Cette dernière observation montre que l'anosognosie vraie nous conduit presque fatalement à des manifestations apraxiques ; les troubles du schéma corporel induisent très tôt des viciations des notions de droite et de gauche. Les incidents alloesthésiques cités plus haut en témoignent, et par eux le déroulement de l'action se trouve perturbé.



Le rapprochement de nos observations V. R. et J. D. indique qu'on peut isoler dans l'anosognosie, deux degrés de gravité variable et de qualité différente : dans la première forme, le déficit de la moitié du corps est perçu et cependant le malade ne réussit pas à en conjurer les désordres, il peut réduire le trouble de l'action unilatérale à un minimum par une volonté sans cesse renouvelée. La moitié amputée est perçue, mais, pratiquement, désinsérée de la mélodie kinétique inconsciente qu'est notre vie quotidienne ; la perception a quelque chose de désagréable pour le sujet qui souffre, au sens figuré toujours, au sens réel parfois, dans cette moitié de soi. Nous croyons que F.-G.-V. Stockert a complètement raison quand il fait avec O. Pötzl de cette anosognosie douloureuse une forme spéciale.

Nous croyons qu'elle est proche sinon identique aux phénomènes d'algo-hallucinoïse, que nous avons rapporté dans l'obs. P. avec cette nuance que dans celle-ci l'accent se place avant tout sur le caractère dysesthétique et algique de la perception illusoire, tandis que dans celle-là c'est la perturbation praxique, résultant de cette sensation étrange, qui passe à l'avant-plan.

Dans le second type d'anosognosie, qu'on pourrait appeler « anosognosie vraie ou muette », l'amputation de la moitié du corps est totale et il est exceptionnel qu'elle n'entrave pas aussitôt et gravement le déroulement de l'action.

Sur la nature de l'anosognosie, les auteurs, qui la décrivaient pour la première fois, se prononcèrent avec prudence. L'idée des lésions corticales avait été avancée par Anton et Babinski, indépendamment, Pierre Marie considérait l'attitude de l'anosognosique comme un trouble plus général, Barré et ses élèves soulignaient les troubles sensitifs.

Il est hors de doute aujourd'hui que les troubles tactiles et kinesthésiques ne suffisent pas à expliquer l'anosognosie ; le trouble peut exister sans leur coïncidence, de même que tous les syndromes hémianesthésiques ne s'accompagnent pas de perturbations du modèle postural.

Sans remonter à Meynert et Wernicke, qui avaient déjà consi-

déré que le « sentiment de notre propre corporalité » doit reposer, en dehors des sensations, sur une notion plus globale de l'ensemble de nos fonctions, indépendantes du monde extérieur, on peut attribuer à Henry Head (18) les premières recherches sur le substratum profond des troubles dont nous discutons. Il avait dès 1911 (19) pressenti l'existence d'un « postural model of the body », sorte de système relatif sur lequel viendraient se refléter tous les nouveaux groupes de sensations engendrés par un changement d'attitude, modèle répondant à un système de coordonnées spatiales, dont le plan médian passerait par le plan de symétrie du corps et se déplacerait avec lui. Le schéma proposé par Head est donc une sorte d'épure de l'attitude corporelle, conçue dans un espace à trois dimensions, comme celui qui est immédiatement accessible, et subissant incessamment les remaniements de nos propres déplacements. Ce schéma conférerait à l'ensemble de l'activité sa valeur spatiale et s'exprimerait d'autre part dans le sentiment de la présence du corps, soit de sa totalité, soit d'un de ses segments. Le modèle postural disparaîtrait pour Head avec l'atteinte du territoire cortical correspondant. Paul Schilder a repris cette notion, dans un ouvrage fondamental et en a développé les applications (7). Il considère comme schéma corporel (1923), l'image spatiale que chacun garde de son propre corps, image non seulement de ses segments constituants mais de leur disposition réciproque dans l'espace. Le schéma de Schilder est une représentation plus statique, que le modèle de Head.

L'anosognosie est une dimidiation du modèle postural et nous pouvons maintenant nous demander dans quelle lésion elle s'observe de préférence. Les deux premiers cas vérifiés sont ceux de Pötzl (20) qui croit à une coïncidence de lésions thalamique et pariétale, ayant leur centre dans la partie moyenne du sillon interpariétal.

Hoff aurait réussi à reproduire expérimentalement l'anosognosie chez l'homme en réfrigérant, par voie transcutanée, chez des trépanés, le lobe pariétal, et en combinant à ce procédé d'irritation, une injection intraveineuse d'atophanyl dont le rôle serait de bloquer l'innervation de la couche optique. On peut objecter cependant que le thalamus n'est pas atteint dans tous les cas (Pinéas).

Paul Schilder admet que dans la grande majorité des cas, le lobe pariétal inférieur et en particulier le gyrus supramarginalis sont atteints. Il ne connaît qu'un seul cas où la lésion en arrière de la pariétale faisait défaut.

Si l'*anosognosie* ne s'observe pas toujours dans des hémiplégies gauches, il faut reconnaître cependant, avec la plupart des auteurs qui s'en sont occupés, qu'elle *se voit avec une très grande fréquence dans les lésions de l'hémisphère droite*. On a invoqué une dominance de l'hémisphère gauche dans l'interprétation de notre image corporelle (Hauptmann), mais il est à peine besoin de souligner combien cet argument s'il avait quelque base, est paradoxal. En réalité, nous n'avons aucune explication valable de ce fait, jusqu'à présent du moins. Certains auteurs admettent une participation du corps calleux (Albrecht et Hauptmann), et G. V. Stockert croit que l'*anosognosie* perçue est seule en rapport avec une lésion thalamo-supramarginale. Suivant la théorie du corps calleux, la rupture des associations interhémisphériques isolerait l'hémisphère droite, dont les données cesseraient ainsi de se fusionner avec celles du côté opposé. La synthèse n'aboutit plus à la notion intégrale du corps : une partie des excitations se trouvant barrées. Nos cas personnels permettent de confirmer en général ces données. L'algothallucinoïse du cas Por... a été observée au cours d'un syndrome thalamique pur, où les destructions portaient sur tous les noyaux, à un moindre degré sur la partie latérale du noyau externe. Or, dans ce cas, il n'y avait pas d'*anosognosie* vraie : la région corticale répondant au gyrus angularis-pli courbe étant intacte. La conception de G. V. Stockert se trouve donc ici confirmée.

Par contre dans l'observation C. K. l'algothallucinoïse se combine à une *anosognosie* vraie : ce cas ne se prête pas à des conclusions topographiques : il n'est pas vérifié et il s'agit d'une encéphalite léthargique, c'est-à-dire d'un processus diffus ou tout au moins à foyers multiples. Nous avons exposé ailleurs pour quels motifs, nous croyons que le trouble qui donne naissance à l'accès oculogyre se déroule sur les territoires encéphaliques les plus élevés. L'association de certains troubles aux accès oculaires ne peut manquer d'attirer l'attention sur les régions pariéto-temporales. Or, une telle localisation s'accorde avec les notions que nous discuterons présentement. *La localisation pariéto-thalamique invoquée par Pötzl et V. Stockert pour les cas d'anosognosie consciente paraît donc entièrement justifiée.*

Quant à nos deux cas d'*anosognosie* vraie, nous devons reconnaître que les lésions sont non seulement corticales mais qu'elles ont une extension sous-corticale assez lointaine, de sorte qu'ici la discussion est difficile et qu'elle ne permet pas de conclure définitivement.

Dans l'observation V. R. la tumeur glisse sous la partie la plus élevée de circonvolution pariétale supérieure, précoin et coin vers le corps calleux d'une part, vers le bord du ventricule sphénoïdal d'autre part. Elle déconnecte le pli courbe, la pariétale antérieure, la région profonde interpariétale, mais elle emporte aussi le tapétum, les systèmes que bordent la paroi externe de la corne postérieure et pousse jusqu'au segment rétrolenticulaire de la capsule et au thalamus. Il y a ici, tout ensemble, une minime lésion rétrothalamique et même thalamique et une exclusion fonctionnelle d'un grand territoire pariéto-occipital. Au delà du tissu tumoral, on retrouve des lésions d'œdème qui rendent une interprétation de la localisation encore plus dangereuse.

Dans l'observation P. D. nous avons à faire à des lésions vasculaires : les foyers sont francs. L'un emporte le gyrus supramarginalis et le tiers moyen de la pariétale supérieure, l'autre détruit la partie postérieure de cette même circonvolution et touche le tiers supérieur du pli courbe. C'est le plus récent. En profondeur ces deux foyers sectionnent les fibres les plus postérieures du bourrelet du corps calleux, les éléments postéro-externes de la couronne rayonnante, certaines fibres du tapétum et du forceps major. La lésion est donc essentiellement corticale et en profondeur seulement elle compromet les fibres du corps calleux. Au niveau du cortex, elle est centrée sur le sillon interpariétal.

De nos observations, et en particulier de la seconde, ressort nettement l'importance au point de vue de l'appréciation du modèle postural, des deux régions : pli courbe et gyrus angulaire entourant le sillon inter-pariétal, en conformité avec les données de Pötzl, Schilder et leurs collaborateurs. La région sous-corticale n'est certainement pas indemne mais la participation calleuse n'est pas proportionnelle à la participation de la corticalité.

Si l'on admet que le couple thalamo-pariétal joue un rôle décisif dans le maintien du sentiment de notre intégrité somatique, on est en droit de se demander par quel mécanisme celle-ci naît dans notre conscience. La plupart des auteurs ne se sont pas risqué à la discussion de ce point ; seul, Pötzl a proposé une théorie, dont il faut toucher un mot ici parce qu'elle comporte la mise en valeur de faits nouveaux.

Les malades étudiés par Pötzl (21, 22) et Kramer avaient leur regard tourné continuellement vers la droite et la moitié gauche du corps était également tournée vers ce côté.

Cette tendance à l'enroulement vers la droite naîtrait de l'activité pariétale, mais indirectement : la destruction du thalamus droit annulerait les impulsions à la rotation de sens opposé. Ces tendances à l'enroulement résulteraient ainsi d'une rupture d'équilibre dynamique et seraient perçues par le sujet sous forme d'un déplacement à contre sens, c'est-à-dire de gauche à droite, des objets appartenant au monde extérieur. Le gyrus supramarginalis et le thalamus de chaque côté seraient donc les deux bras d'un système d'équilibration somatique.

Dans les cas classiques d'anosognosie par lésion pariétale droite, Pötzl signale un enroulement à droite, par prévalence des appareils pariéto-thalamiques gauches. Les impulsions dextrogyres demeurant libres, se réfléchiraient sur les éléments de la sphère tactile et optique, entraînant un changement dans la direction de la perception. *L'amputation du modèle postural et l'enroulement axial seraient aussi les deux faces, sensorielle et motrice, d'un même phénomène de libération.*

Hoff et Schilder ont observé des faits analogues : pendant l'enroulement axial, leur patiente avait perdu l'orientation à la surface de son propre corps ; elle ignorait que sa jambe était croisée et tentait de marcher dans cette attitude. Pendant ce temps, elle hallucinait dans la direction de l'enroulement. Le cas de Schilder, Hoff et Gerstmann, de Zingerlé (23), plaident dans le même sens et il semble bien acquis aujourd'hui que *la conservation de l'image de soi est étroitement connectée aux fonctions qui régularisent la posture et l'équilibration.* Dans nos observations personnelles ici rapportées, cet enroulement faisait défaut. Les faits expérimentaux auxquels nous venons de faire allusion engagent les recherches dans le sens où Pötzl avait été conduit par ses inductions cliniques : mais on ne peut guère dire plus.

III. Des troubles de la pensée spatiale à l'apraxie

Nous avons signalé dans l'observation P. D... une désorientation relative du malade à la surface de son propre corps, aboutissant à des erreurs de topographie, erreurs faites toujours dans le même sens ; les points touchés sont jugés plus proches de la ligne médiane qu'ils ne le sont en réalité. Ce déplacement du plan médian subjectif au cours d'une hémiplegie plaide à nouveau en faveur des conceptions de Pötzl, voyant dans le trouble spatial l'autre face trouble moteur.

Ce symptôme avait déjà été noté par Head et Holmes dans une

lésion thalamique : quand on grattait la peau de la main, le malade croyait que l'on bougeait son bras. Le trouble était un peu plus complexe, puisque à l'esthésie tactile se trouvait substituée une sensation de mouvement. Le même fait fut signalé par Schilder.

Mais ce malade présente encore un phénomène plus étrange : au fur et à mesure qu'on se rapproche du plan médian, les impressions de localisation sont moins précises et un certain nombre d'irritations sont perçues du côté opposé. Ce phénomène de transfert bien connu depuis Obersteiner, sous le nom d'allo-chirie, ou sous le nom d'allo-esthésie (Jones), quand il s'accompagne de troubles sensitifs, est l'indice d'un gros trouble dans la distinction des héli-corps, autrement dit de la droite et de la gauche.

Nous nous trouvons ici en pleine pathologie de notre *spatialité proprioceptive*, c'est-à-dire du jugement de notre attitude corporelle globale. Soit dit en passant que ces phénomènes de transfert et le trouble de la perception de latéralité nous rapprochent dans le plan organique des troubles dimidiés de l'hystérie : le fait que certains troubles somatiques naissent et s'évanouissent dans tout un héli-corps montrent avec quelle prudence il faut admettre, comme le fait l'école classique, que ces répartitions dimidiées sont le fait d'une suggestion médicale.

Dans le cas P. D., les transferts de la perception au côté opposé ne s'observent qu'au niveau du tronc et des épaules. Pas une seule fois nous n'avons pu la noter au niveau des extrémités. Cette prédominance rhizomélque ne peut être le fait de troubles de l'attention, et d'autre part les troubles sensitifs ne la justifient pas. Le fait est d'autant plus paradoxal que c'est précisément dans le territoire où le transfert tend à devenir plus fréquent, que l'appréciation topoesthésique est quasi-normale. Il faudrait en conclure que *la localisation de la sensation et les phénomènes d'allo-esthésie dépendent de deux mécanismes entièrement différents*. De fait, il existe dans la littérature deux observations, l'une de Redlich et Bonvicini, l'autre de Kramer (24), d'allo-esthésie d'origine cérébrale où les excitations portées du côté paralysé et ignoré étaient localisées aux endroits symétriques du côté intact et réalisé. La localisation des excitations était impossible du côté paralysé puisqu'il n'était pas intégré dans la conscience, et cependant le transfert existait. On pourrait parler à juste titre dans de pareils cas, avec Schilder, d'un refoulement organique.

Le cas P. D... présente un second point intéressant. Les épreu-

ves d'apraxie sont négatives. Quand on oblige le sujet à concentrer son attention sur tous ses membres, les gestes courants (se dévêtir, s'asseoir, enlever ses souliers, se coiffer), les gestes d'épreuve se déroulent normalement. Cependant, il y a *une perturbation dans la réalisation d'actes qui exigent une collaboration harmonieuse et symétrique des extrémités* et en particulier de l'avant-bras et de la main, même quand il y met toute sa bonne volonté.

On peut le démontrer en lui faisant exécuter d'abord d'une main isolée puis des deux mains les différentes épreuves utilisées pour le diagnostic des névrites périphériques (faire avec les doigts et le pouce un calice, le signe du faisceau, la boucle avec l'index et le pouce, le pouce et l'annulaire, le pouce et le petit doigt, la chiquenaude, les mains jointes dans la position de la prière fervente, la main en coquille, placer le pouce en équerre sur les doigts et la paume dans le même plan, le placer en équerre, mais dans un plan perpendiculaire à celui des doigts et de la paume, faire avec les doigts le geste de pianoter, etc...). Toutes ces épreuves sont réalisées aisément par l'une et par l'autre main, quoique l'ordre soit moins rapidement exécuté avec la main gauche. Quand le patient les exécute aisément, on lui demande de les faire avec les deux mains à la fois et symétriquement dans l'espace, devant lui. Il n'y réussit pas, sauf l'épreuve de la prière qu'on peut considérer d'ailleurs comme étant un acte expressif différent : les troubles d'exécution sont aussi marqués à droite qu'à gauche. Le malade s'agite, s'énervé et se met à larmoyer. L'épreuve des boucles, une main étant renversée, l'attitude de la prière à mains renversées sont absolument impossibles : il n'y a même aucune tentative de réalisation.

On est bien obligé d'admettre que *ce sont les troubles de topognosie qui sont responsables de cette désorientation dans l'accomplissement d'actes symétriques, mais combien le désordre moteur est disproportionné à l'apparente discrétion de troubles de perception*. Un trouble gnosique minime et camouflé peut donc entraîner de graves perturbations praxiques qui elles aussi ne se décèlent pas toujours au premier contact.

Si des troubles aussi minimes se répercutent déjà dans l'action, on s'imagine l'étendue de la répercussion praxique de troubles comme l'autotopagnosie de Pick (25, 26). Ici, le patient est incapable de montrer une partie de son propre corps au commandement. Il ne reconnaît ni sa droite, ni sa gauche. S'il y arrive, ce n'est qu'après une certaine rééducation qui lui a permis de choisir des repères sur son propre corps (Badal). Cette

perte de la spatialité proprioceptive, — dont la perte de la perception de latéralité sur son propre corps n'est qu'une forme, — est encore différente de l'apraxie classique, quoique dans certains cas il est bien difficile de l'en séparer au point de vue sémiologique. Cette perturbation ne dépend directement ni d'un trouble sensitif, ni d'un trouble moteur et n'apparaît qu'au moment où s'impose au malade un choix entre la main droite et gauche. C'est par justification que le malade nous égare en disant qu'il oublie sa main, ne la sent pas, qu'elle est paralysée... Alors que, quand on ne lui demande rien, il l'engage spontanément dans le geste que tout à l'heure il était incapable d'accomplir. On voit combien ces faits peuvent en imposer pour des troubles apraxiques.

Du trouble de la localisation des sensations à l'autotopagnosie, il y a toute une gamme de désorientations dans l'espace proprioceptif qui sont en connexion étroite avec une atteinte du modèle postural. Les exemples que nous venons d'apporter plus haut avaient pour objet d'en démontrer des types élémentaires. C'est le mérite de Liepmann et Heilbronner d'avoir montré, il y a longtemps déjà, que, dans l'apraxie vraie, le trouble est surtout intense dans les actions que les malades exécutent sur leur propre corps. Pötzl et Schilder ont montré, de leur côté, que l'action transitive ne se réalise pas harmonieusement quand la spatialité proprioceptive est troublée, malgré une intégrité de la perception de l'espace extérieur.

En France, Lhermitte, Gabrielle Lévy et Kyriaco (27) ont, les premiers, attiré l'attention sur l'influence des perturbations de la représentation spatiale chez les apraxiques. Dans leur présentation de 1925, ils insistent sur l'incapacité, chez leurs malades, de reproduire certains mouvements en relation avec des formes géométriques banales, d'ailleurs identifiées, en d'autres mots, de juxtaposer à la connaissance de l'espace extérieur (ou plus exactement extéroceptif) les actes dont la pertinence dépend de l'intégrité de l'espace proprioceptif. Chez le malade de Lhermitte, Lévy et Kyriaco, les représentations spatiales étaient conservées, la motricité était intacte, mais le malade avait perdu la clef de sa spatialité somatique : il était incapable de situer le geste moteur dans le plan qui en assurait l'efficacité. *La perception de notre propre espace a une valeur dynamique, indispensable à l'action extérieure;* et en présence de ces inductions cliniques remarquables on ne peut s'empêcher de rappeler l'ancienne définition de Head citée au début de ce travail. Dans une seconde communication en 1928, Lhermitte, de Massary et Kyriaco (28)

revenaient sur ce même point, mais, cette fois, sous l'angle des conceptions de Schilder sur le schéma corporel.

Jusqu'à présent, nous n'avons eu en vue que des troubles résultant d'une perte des représentations de l'espace subjectif du corps et de son influence sur certaines actions. A ces désordres du mouvement par modification des représentations spatiales, Lhermitte a consacré avec Trelles (29) un travail important où le problème de l'apraxie constructive pure est remarquablement mise en valeur et celui de l'apraxie en général analysé à la lumière de ces données nouvelles. On ne peut s'empêcher toutefois de constater combien ces faits se rapprochent par ailleurs des opinions qu'un autre grand neurologue français, trop tôt enlevé, professait sur l'apraxie et dont une partie fut développée par son dernier élève. Nous voulons parler des travaux de Charles Foix (30, 31, 32) et de la thèse de Morlaas (33) sur l'apraxie. La seule apraxie vraie était, pour eux, l'apraxie idéatoire qui représentait essentiellement une incapacité d'utilisation des objets, tandis que l'apraxie idéomotrice était avant tout un trouble du geste appliqué. A l'intérieur de cette dernière, Morlaas décrivait comme « dyskinésie spatiale » des erreurs d'exécution par perte du sens intuitif de la position des divers segments du corps, rendant impossible l'imitation. Le geste était troublé dans la justesse de ses proportions à l'égard de soi-même. N'est-ce pas là un degré élémentaire du trouble que nous constatons chez l'anosognosique qui a perdu la capacité praxique d'une moitié de soi ?

*
**

Si l'on considère les trois groupes de faits que nous venons d'isoler dans la pathologie de l'image de soi, on leur trouve un certain nombre de points communs qui sont, pensons-nous, autant d'indices décelant des analogies physiopathologiques qu'il n'est malheureusement pas possible encore d'affirmer.

1° *Il y a un modèle postural, un schéma, une image de notre corps, indépendants des sensibilités cutanées et profondes et qui jouent un rôle important quoique inapparent dans la conscience que chacun a de soi. Normalement inconscients, ils revêtent dans certaines conditions le caractère d'une très pénible réalité : le membre-fantôme des amputés, le membre-fantôme des hémiplegiques, l'hémi-corps obsédant de certains anosognosiques : autant d'exemples de cette intrusion pathologique.*

Ce modèle postural a une autre particularité encore : les sen-

sations ont tendance à s'y développer d'une manière bilatérale et symétrique. Il se dissout le plus souvent par moitiés. Cette amputation consciente ou inconsciente d'une moitié de l'image de soi n'est autre que le syndrome d'anosognosie. Son rôle dans le sentiment de notre propre spatialité avait été entrevu dès le début, cette dernière notion est sa définition même puisque ce sentiment n'est autre chose que l'épure de notre spatialité proprioceptive.

2° Le modèle postural n'est pas une donnée statique : il sous-tend activement tous les gestes accomplis par notre corps sur lui-même et sur les objets extérieurs. L'intérêt des recherches sur l'anosognosie est de montrer que ce dernier trouble déborde rapidement de la perception dans l'action.

Dans un certain nombre de cas d'apraxie, on retrouve également son influence : ce sont ceux où la spatialité extéroceptive est intacte.

Ici aussi, l'intervention du modèle postural tend presque toujours à être bilatérale et son trouble modifie surtout les capacités d'exécution des actes exigeant une certaine innervation symétrique.

3° Les lésions atteignant le voisinage du sillon interpariétal, à droite surtout, sont les plus susceptibles de briser l'unité du modèle postural (35). Cette région semble avoir avec la couche optique des relations physiopathologiques importantes. Les lésions thalamiques confèrent, dans certains cas, aux troubles de l'image une nuance pénible et étrange, toujours dirigée dans le sens de la confirmation de celle-ci, alors que les lésions plus corticales engendrent des troubles limitatifs de la conscience de soi et limitatifs de l'action.

15 octobre 1934.

(A suivre).

LES HALLUCINATIONS VISUELLES AU COURS DES SYNDROMES PÉDONCULAIRES

Leur origine et leur mécanisme

PAR

JEAN LHERMITTE

Ce qui rend difficile et ingrate l'étude de la psychiatrie c'est la difficulté qu'on éprouve à insérer dans ce cadre physio-pathologique les perturbations de l'esprit que nous observons chez les malades.

Alors qu'en neurologie, la plupart des syndromes morbides trouvent leur répondant dans une désorganisation d'une fonction donnée, en psychiatrie, il n'en va pas de même. C'est pourquoi l'on voit les thèses les plus diverses, les plus opposées, les plus contradictoires se faire jour lorsqu'on s'efforce de rattacher un symptôme ou un syndrome psycho-pathologique au désordre d'une fonction normale.

Parmi les symptômes dont la simplicité apparente n'interdit pas une grande difficulté d'interprétation, les hallucinations peuvent être prise comme exemple, et c'est pourquoi, comme d'une manière rythmique, le problème des hallucinations revient à l'ordre du jour. En science, il est un vieil adage qui commande d'aller du simple au complexe, du symptôme au syndrome, c'est pourquoi j'ai pensé que l'étude des hallucinations les plus simples et les mieux objectivées, les plus douées d'extériorisation spatiale devait être prise comme point de départ d'une explication pathogénique, je ne dis pas de toutes les hallucinations, mais d'un groupe d'hallucinations.

Ai-je besoin de rappeler que ce serait une gageure de nier l'existence des hallucinations, et que « les hommes qui ont la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à la portée de leur sens », sont loin d'être exceptionnels. Ce sont des

hallucinés au sens que leur a donné Esquirol. Et parmi ces hallucinations, les plus simples de toutes, je le répète, sont les hallucinations visuelles. Contrairement aux hallucinations auditives verbales, qui ne comportent souvent qu'un minimum d'éléments sensoriels et qui ne sont, au vrai, que les hallucinations du langage, les hallucinations de la vue possèdent au plus haut degré les deux caractères de sensorialité et de projection spatiale, qui tendent à faire de ce phénomène une dépendance, une expression d'une altération matérielle du cerveau.

Mon étude se bornera donc à la prise en considération des hallucinations visuelles, qui se montrent en relation étroite avec une lésion d'une partie déterminée de l'encéphale : le tronc cérébral.

I. L'hallucinose consécutive aux lésions malaciques et hémorragiques des pédoncules cérébraux

Le premier cas que j'ai observé à l'hôpital Paul-Brousse, en 1922, me parut si curieux que j'en poussai l'étude d'aussi près que possible et que je présentai la malade à deux reprises à la Société de Neurologie de Paris.

Il s'agissait d'une femme, Mme Bl..., âgée de 72 ans, sans aucun antécédent morbide et qui fut admise à l'Hospice Paul-Brousse, en 1920, pour sénilité.

A cette date, l'examen montre l'intégrité parfaite de tous les appareils organiques. Au début d'octobre 1922, brusquement, au cours d'une promenade, la malade est atteinte d'un vertige si intense qu'elle est entraînée à tourner indéfiniment autour d'un réverbère. Quelques jours plus tard, nous constatons un strabisme convergent de l'œil gauche, témoin d'une paralysie complète de la 6^e paire accompagnée d'un léger tremblement intentionnel du bras droit.

Le 16 octobre apparaît un ptosis complet de la paupière gauche accompagné par une paralysie de tous les muscles extrinsèques du globe ; du côté droit, la motilité du globe est normale. La face est légèrement déviée vers la gauche. Du côté des membres, tremblement cinétique du bras droit avec augmentation de la passivité, hypotonie, caractère pendulaire du réflexe rotulien droit, signe de Babinski à droite. A part un très léger affaiblissement de la mémoire, les fonctions psychiques sont intactes.

Le 30 octobre, la malade nous dit qu'à sa grande surprise elle voit apparaître le soir, à la tombée du jour, des animaux étranges. Ce sont des chats, des poules, d'aspect quelque peu bizarre, leurs prunelles dilatées ont comme un éclat magnétique. La malade a essayé de les

toucher, mais dès qu'elle les touchait, les animaux disparaissaient à travers le parquet. Malgré l'association concordante de ses sensations tactiles et visuelles, la malade ne pensait pas qu'il puisse s'agir de véritables perceptions, elle demeurait persuadée qu'elle était le jouet d'illusions.

A cette époque, le sommeil de la malade était fortement troublé et l'insomnie nocturne était compensée par une somnolence pendant l'après-midi.

Puis les visions, toujours silencieuses, se transformèrent : ce n'étaient plus des animaux, mais des êtres humains affublés d'étranges oripeaux, d'enfants qui jouent à la poupée. La malade se demande alors si, tout de même, ses visions ne correspondraient pas à la réalité. Après une période de doute, la malade fut réellement dupe de ses hallucinations vespérales ; puis, de nouveau, elle fit la critique de ses visions et se défendit d'y croire, probablement parce que leur intensité diminuait. Dans le même temps que s'améliorait le syndrome neurologique, l'état d'hallucinoïse décrivait et s'effaçait complètement.

La seconde observation, que nous avons publiée avec notre ami Jacques Toupet, en 1925, se rapporte également à une femme âgée de 70 ans.

Parfaitement bien portante jusque-là, elle se met au lit le 25 février, vers 10 heures. Le lendemain, sa fille la trouve dans un état ressemblant au coma.

Le 27 février, nous constatons que la malade est plongée dans un sommeil profond. Dans le décubitus, les membres en complète résolution, sans modification du tonus musculaire, la patiente ne présente aucune déformation des traits du visage, aucune modification du pouls ni de la température. Les mouvements passifs peuvent être facilement exécutés et les membres gardent leurs attitudes physiologiques.

A première vue, l'on pouvait penser à un état de narcose profonde voisine du coma. En réalité, il n'en était rien. En effet, nous pûmes aisément, par des excitations cutanées et par des ordres impératifs, tirer la malade de cette véritable léthargie, de ce sommeil morbide. Sur notre demande, la malade ouvre les yeux, tire la langue, répond à quelques questions simples. Mais elle se montre incapable de dire son âge ni l'endroit où elle se trouve. Lorsque toute excitation cesse, le sommeil reprend immédiatement, les paupières s'abaissent, la face se détend.

Si on relève les paupières supérieures, on constate que les yeux ont des pupilles très dilatées et demeurent immobiles dans l'orbite ; ils ne présentent pas même l'attitude que l'on connaît pendant le sommeil.

Lorsqu'on projette un faisceau lumineux sur le champ de la vision l'œil reste immobile. Il en va de même lorsqu'on fait subir à la tête de grands déplacements. La paralysie des globes oculaires est donc absolue au triple point de vue volontaire, automatique et réflexe.

La musculature intrinsèque est également paralysée ; l'iridoplagie se marque ici par la mydriase et l'abolition complète des réactions à l'accommodation et à la lumière. Le fond d'œil est normal.

Nous relevons encore une difficulté de l'articulation verbale et la dysphagie ; la malade s'engoue. De temps à autre apparaît une incontinence sphinctérienne. Les membres ne laissent reconnaître aucune paralysie vraie, tous les réflexes tendineux sont normaux, mais le signe de Babinski est positif des deux côtés et les réflexes abdominaux sont abolis.

Le 2 avril 1925, 34 jours après l'attaque, l'état de la patiente apparaît transformé. La léthargie s'est dissipée, mais cependant il se produit, au cours de la journée, des crises de somnolence. L'ophtalmoplagie a rétrogradé mais n'a pas complètement disparu. Les mouvements verticaux des yeux sont abolis, dans le regard à droite, les pupilles ne dépassent pas la ligne médiane et, dans le regard à gauche, se produisent des secousses nystagmiformes. L'iridoplagie demeure complète. Placée debout, la malade peut marcher toute seule, mais la démarche se montre titubante, festonnante, ébrieuse ; dans les épreuves classiques, les mouvements sont troublés par un tremblement cinétique d'ordre cérébelleux. Les réflexes tendineux demeurent normaux, l'extension de l'orteil n'est plus manifeste que du côté droit.

Ce qui frappe maintenant c'est le désordre de la sphère psychique, et, tout d'abord, l'état hallucinatoire. Depuis que la patiente s'est réveillée de son profond sommeil, elle est aux prises, le soir, à la tombée du jour, avec des visions multiples, colorées, mobiles et silencieuses.

Tantôt ce sont des animaux bizarres qui pénètrent dans sa chambre, tantôt des personnages qui viennent, elle ne sait comment, se profiler dans le champ de sa vision, tantôt enfin, elle croit être au théâtre et assister à des représentations variées.

Ce défilé d'images hallucinatoires n'entraîne aucune réaction affective, aucune vibration émotionnelle notable. A peine s'agit-il d'un divertissement teinté d'agrément.

Mais tout ne se borne pas là ; en effet, on relève encore que la mémoire des faits récents est fortement déficitaire ; ceux-ci ne semblent pas avoir été enregistrés, tandis que les faits anciens demeurent très présents. La malade nous raconte, par exemple, des épisodes de la guerre de 1870, dont elle a été émue, alors qu'elle ne vibre pas au souvenir de son mari récemment disparu. Pour masquer son déficit mnésique, la malade se livre à une fabulation assez riche. Elle nous dit qu'elle a déjeuné la veille avec son mari, qu'elle a quitté Paris

pour Pont-Aven, où elle désire terminer sa vie. Il faut ajouter que les jugements de comparaison, le sens moral, le sens esthétique ne sont pas perversis.

Les deux observations que nous venons de rappeler assez en détail sont, on le voit, calquées pour ainsi dire l'une sur l'autre. Dans les deux cas, il s'agit de femmes assez âgées qui, jusqu'au jour où un foyer mésocéphalique s'est établi, étaient en parfaite santé physique et mentale. Très rapidement après l'ictus, nous avons vu apparaître des hallucinations visuelles survenant dans d'identiques circonstances : le soir, à la tombée du jour, visions d'animaux ou de personnages animés, mobiles, colorés, silencieux. Aussi bien chez la première que chez la seconde malade, le déroulement de ces tableaux hallucinatoires étranges ne suscitait, non pas absolument nul étonnement, mais nulle réaction et nul sentiment de frayeur.

Ce qui différencie le premier cas du second, c'est le comportement critique, qui se refusa pendant longtemps d'admettre la réalité des visions que le crépuscule faisait surgir, tandis que l'état onirique de Mme D... ne permettait pas à la patiente un contrôle aussi exact de ses fausses perceptions.

Pour ce qui est du foyer causal des désordres psycho-sensoriels, malgré l'absence de vérification anatomique, il est facile à préciser, en raison de la netteté des phénomènes cliniques. Ici comme là, que voyons-nous ? Une ophtalmoplégie dissociée en un cas, complète dans l'autre, des troubles d'origine cérébelleuse, des perturbations de la réflexivité tendineuse et cutanée en rapport avec une altération des voies pyramidales ; bref, toute la symptomatologie, traduisant de la manière la plus évidente, la plus objective, l'existence d'un foyer destructif d'origine vasculaire, siégeant dans la calotte du pédoncule cérébral et intéressant les noyaux et les fibres radiculaires intra-mésocéphaliques, des nerfs oculo-moteurs, les faisceaux pyramidaux, les pédoncules cérébelleux supérieurs.

On peut remarquer que chez ces malades, le syndrome hallucinatoire se développa d'une façon exactement parallèle au syndrome neurologique, et quand celui-ci se dissipa, l'hallucinoïse s'évanouit. Ce n'est pas à dire que l'hallucination soit toujours un phénomène épisodique. Avec Gabrielle Lévy, j'ai observé une malade qui, de ce point de vue, mérite un intérêt particulier.

Il s'agit d'une malade de 75 ans, qui à la suite d'un ictus présenta un spasme de torsion du bras droit accompagné de troubles objectifs

de la sensibilité. Le syndrome neurologique étudié dans ce cas par G. Roussy et Gabrielle Lévy témoignait d'une atteinte de la région sous-thalamique gauche au voisinage du noyau rouge et peut-être d'une lésion atteignant particulièrement cette formation. Or, chez cette malade, dès après l'ictus, apparurent des phantasmes hallucinatoires qui, comme chez les malades précédents, survenaient à la tombée du crépuscule. C'était des dessins aux couleurs vives, des étoffes bariolées, enfin, parfois, une tête d'homme dont la malade se détournait.

Cinq ans plus tard, nous retrouvons chez cette même malade les phénomènes que nous venons de rappeler. « Lorsque tombe le crépuscule, dit-elle, j'aperçois toujours une tête d'homme, de dimension à peu près naturelle, sans coloration, car elle est noire et grise sur un fond blanc. Pour la faire disparaître, je n'ai qu'à tourner la tête et à fixer un autre endroit. »

Fait intéressant, aussi bien pour les premières que pour les secondes hallucinations visuelles, la malade déclare qu'elle n'en est nullement dupe et qu'elle n'éprouve dans l'apparition de ces phantasmes ni joie, ni plaisir, ni effroi.

Il était réservé à Van Bogaert (d'Anvers), de préciser la lésion anatomique du tronc cérébral, qui est à l'origine de cette hallucinose par lésion en foyer mésocéphalique.

L'observation publiée par notre collègue d'Anvers a trait à une malade de 59 ans, qui, brusquement, un soir, est atteinte d'ictus sans perte de la connaissance. Elle se relève après sa chute, mais sa démarche est titubante ; en même temps la malade remarque qu'elle voit double et que les paupières supérieures tombantes ne peuvent être relevées volontairement. L'examen objectif montre l'existence d'une paralysie complète de la 3^e paire droite associée à un syndrome cérébelleux gauche.

De même que chez nos deux malades, M. Van Bogaert relève l'existence d'hallucinations de la vue survenant au crépuscule. La malade aperçoit sur son oreiller une tête de chien, le mur opposé à son lit supporte une image de cheval. Ces apparitions sont immobiles, elles naissent et s'évanouissent sur place. Une fois, cependant, au cours de la journée, elle a vu dans son lit des serpents verts ; elle a même pu les toucher, les écarter de sa couche et constater leur consistance rugueuse. Aucune de ces hallucinations n'a suscité de réaction émotive ; la malade ne s'étonne pas d'être le jouet de visions étranges et ne doute point de la réalité des figures qui surgissent devant ses yeux au crépuscule. Il y a plus ; pour se rendre compte de ces phénomènes, la malade prétend que certaines images ont été peintes sur le

mur pour égayer la salle, que les serpents et le chien ne sont que des surprises imaginées par les autres malades de la salle.

Cette malade survécut pendant 14 mois, au cours desquels les perturbations neurologiques s'atténuèrent ; quant aux troubles psychiques, on observa leur apparition intermittente ; de temps à autre se produisirent des bouffées hallucinatoires sans que jamais la malade s'en servit pour l'édification d'un délire.

L'examen histologique révéla, dans ce cas, l'existence d'un foyer de ramollissement lié à une artérite spécifique du pédoncule rétro-mamillaire (Foix et Hillemand). La lésion malacique intéresse le noyau rouge, la commissure de Forel, la partie interne du pied du pédoncule cérébral, les tubercules quadrijumeaux antérieurs, le pédoncule cérébelleux supérieur, les fibres radiculaires intra-mésocéphaliques de la 3^e paire.

II. Les hallucinations pédonculaires à la suite des polioencéphalites

On sait qu'il existe des virus neurotropes dont l'action s'accuse et parfois se précise étroitement sur le pédoncule cérébral. L'encéphalite épidémique, la polioencéphalite supérieure de Wernicke en sont des exemples très connus. Or, dans les cas de ce genre, où l'on ne peut pas suspecter, grâce aux caractères du syndrome psychiatrique et neurologique, l'atteinte du cortex cérébral, on voit assez souvent éclore un état d'hallucinose visuelle.

MM. Van Bogaert et Delbeke ont rapporté une observation des plus intéressantes à cet égard.

Il s'agit d'un homme d'âge moyen qui, à la suite d'un épisode infectieux, présenta une paralysie latérale du regard associée à un sommeil profond. Vers le 8^e jour, la température redevint normale, mais la narcolepsie resta profonde. A cette date, apparurent alors des accès d'hallucinose vespérale, au cours desquels le malade sortait de son lit, voulait poursuivre la chasse de papillons blancs ou de petits animaux colorés. Sous son lit, il aperçoit des poissons brillants.

Cette période hallucinatoire s'accompagna d'une certaine inquiétude et, par moments, le malade se rendait compte du caractère anormal de ses visions ; il n'y croyait pas quand ses voisins lui expliquaient qu'il était dans un état de rêve, mais à d'autres moments, il adhéraient entièrement à ce jeu hallucinatoire.

Plus tard, l'hypersomnie devint plus espacée, mais elle fut

remplacée par un état de confusion mentale ; enfin, on constatait chez ce sujet un syndrome ataxique d'aspect cérébelleux.

Nous avons personnellement observé plusieurs cas d'encéphalite léthargique à forme mésocéphalique fruste accompagnée d'hallucinoïse.

Chez une femme de 30 ans, que nous avons soignée à Bourges en 1917, nous avons été frappé par ce que cette malade nous raconta spontanément : « C'est très curieux, Docteur, nous dit-elle, dans le cours de la journée, j'aperçois sur la gouttière d'en face ou dans l'angle de ma chambre, des singes qui vont et viennent, grimpent et descendent. Bien entendu, je ne crois pas qu'il s'agisse de vrais animaux, je n'y pense même pas. — Quelle impression éprouvez-vous, lui demandons-nous ? — C'est amusant, répond la malade, cela me distrait un peu, c'est parfois comme un véritable cinéma. »

Un autre malade aperçoit des animaux sur sa couche ou dans l'air environnant.

Enfin, une dernière patiente nous disait que le soir ou quand la chambre était mal éclairée, la porte semblait s'ouvrir pour donner passage à une espèce de fantôme bleuâtre.

Récemment, Garcin et Renard ont attiré l'attention sur un syndrome anatomo-clinique particulier que ces auteurs dénomment « polioencéphalite subaiguë à virus neurotrope probable ». Or, dans ces cas, dont l'expression crie l'altération pédonculaire, les hallucinations visuelles, de même caractère que les précédentes, apparaissent au premier plan.

Voici deux observations résumées et prises dans le travail de Garcin et Renard :

OBS. I. — Une femme de 40 ans est atteinte soudainement de vertiges avec paralysie des deux muscles droits internes. Sept jours après apparaît une paralysie faciale droite avec hyposthésie cornéenne bilatérale. Vingt jours plus tard, on constate une ophtalmoplégie extrinsèque complète et bilatérale. Un mois après, la paralysie oculaire rétrocede, l'acuité visuelle restant toujours normale.

Or, à cette époque, la malade déclare qu'elle vit dans une atmosphère peuplée de larves dont l'aspect crée l'épouvante. Dans le fond de sa chambre elle voit des animaux grotesques ou un mur qui menace de tomber sur elle. Jamais elle n'est dupe de ces fausses perceptions dont elle reconnaît fort bien toute l'inanité.

En dehors de ce trouble psycho-sensoriel, on ne note qu'un certain degré d'amnésie d'évocation.

La malade guérit complètement un mois après l'apparition de la bouffée hallucinatoire.

OBS. II. — Il s'agit d'une femme de 50 ans, qui, en mars 1933, présentait une paralysie glosso-pharyngée. Cinq mois plus tard, on constata une hémialgie faciale gauche avec paralysie faciale accompagnée de frémissements et de fibrillations avec quelques vertiges intenses, latéropulsion, nystagmus, surdité de l'oreille gauche.

L'examen objectif permettait de reconnaître la réalité d'une anesthésie gauche de la face, une paralysie incomplète de l'hémi-voile gauche, une paralysie de l'hypoglosse gauche, une surdité et un syndrome labyrinthique gauches, le fond d'œil restant absolument normal.

Cette malade racontait que les mois précédents, c'est-à-dire dès l'apparition du syndrome neurologique, son sommeil fut troublé et qu'une insomnie rebelle l'empêchait la nuit de s'assoupir. Or, pendant ces insomnies, elle voyait, comme sur un écran, des scènes de meurtre, un cadavre, et en surimpression, l'image plus floue d'une de ses amies. Elle se rendait compte de l'irréalité de cette scène et ajoutait : « Ces scènes se déroulent comme au cinéma. »

Le même syndrome avait déjà été observé par André Thomas et Rendu, et ici encore nous retrouvons dans cette observation la trace de l'hallucinosité.

Il s'agit d'une religieuse de 32 ans chez laquelle survient une ophtalmoplégie totale avec pupilles en mydriase. La malade se plaint d'éprouver une sensation de constriction des mâchoires.

Objectivement, on constate une paralysie incomplète du voile du palais, l'abolition de tous les réflexes tendineux, l'insomnie. La malade déclare spontanément qu'au milieu de la nuit, elle voit des infirmières, des personnes qu'elle connaît, alors qu'aucun objet présent ne peut être le support de cette hallucination. La température atteint 38°. En quelques semaines tous ces symptômes disparaissent, mais le sommeil fut très long à revenir.

Je rappelle enfin, pour mémoire, une observation de Alajouanine et Gopcewitch, d'hallucinosité préhypnique avec syndrome de Parinaud, chez une malade atteinte de parkinsonisme post-encéphalitique.

On le voit, tout de même que les foyers destructifs malaciques et hémorragiques du tronc cérébral, nous voulons dire de cette partie du mésodiencephale qui comprend la région ventrale du III^e ventricule, et la calotte du pédoncule, qui en est le prolongement postérieur, les lésions inflammatoires qui s'y déroulent peuvent donner naissance au même syndrome hallucinosique.

III. Le syndrome hallucinosique dans les intoxications avec atteinte élective du mésodiencephale

Ainsi que l'ont fait voir une série de recherches de l'école pharmacodynamique de Vienne, sous la conduite de Pick et Molitor, et d'Economo, on sait que certaines substances hypnotiques localisent leur action sur le diencephale. Parmi celles-ci, les composés barbituriques sont les plus connus ; nous savons aussi que Keeser a montré que les narcotiques appartenant au groupe de l'acide barbiturique, injectés à l'animal, peuvent être décelés en quantité appréciable dans le diencephale, à l'exclusion du cortex cérébral et du cervelet. Cette donnée expérimentale permettrait de se demander si, chez l'homme, les sujets intoxiqués par les barbituriques ne présenteraient pas quelques symptômes neurologiques ou psychiatriques en rapport avec cette détermination pédonculaire. Les faits ont répondu à l'interrogation que nous posions.

Avec Monique Parturier et avec Gabrielle Lévy, j'ai pu observer deux cas d'intoxication barbiturique avec hallucinose, dont l'un avec contrôle anatomique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, qui absorba quatre comprimés de Phanodorme (cyclo-hexenyléthyl-barbiturique) en trois heures.

Rapidement, survinrent chez cette malade des hallucinations multisensorielles avec confusion, diplopie, ptosis bilatéral. Pendant quelques heures, le désordre de l'esprit se présenta sous l'apparence exacte de l'activité onirique ; 48 heures après l'intoxication, tous ces phénomènes neurologiques et psychologiques avaient disparu.

Dans le deuxième cas, que j'ai observé avec Gabrielle Lévy, il s'agit d'un homme de 60 ans, tabétique de longue date, qui, pour en finir avec la vie, absorba plusieurs hypnotiques (gardénal, sulfonal, chloral). L'intoxication massive se révéla par un état comateux qui dura plusieurs jours puis se dissipa. On constata alors une paralysie complète de la III^e paire droite et un léger tremblement athétosique du bras gauche. C'est alors que le malade ayant repris son activité psychique complète, nous déclara spontanément qu'à la tombée du jour il était le jouet de visions étranges. « Lorsque vient le crépuscule, dit-il, ma chambre se transforme en un wagon de métropolitain, des personnages variés traversent la pièce ou s'y installent. Ce wagon d'un nouveau genre est en relation avec un service d'avions, et lorsqu'il

s'ébranle, il se rend vers un pylône autour duquel s'enroule une spirale se terminant par une vaste plate-forme. De là je peux contempler un paysage merveilleux ressemblant aux plaines de l'Arabie. »

D'autres fois, dans cette chambre-wagon, des personnages lui parlaient, il n'entendait pas leur voix, mais comprenait leurs pensées et y répondait à haute voix.

Cet état d'hallucinose se poursuivit pendant quelques jours, puis les hallucinations se simplifièrent et s'accompagnèrent d'hallucinations visuelles. Deux pantalons accrochés, un porte-manteau, semblaient se transformer en deux bonnes femmes conversant entre elles. Le mur dépouillé de la chambre se peuplait de personnages, s'animait, devenait vivant. « C'est comme une tapisserie animée que viennent le soir clouer des ouvriers », disait le malade.

A cette époque, nous ne constatons aucun trouble mental : mémoire, intelligence, jugement, critique, affectivité, apparaissaient parfaitement conservés. C'est dire que le malade se rendit toujours compte de l'inanité de ses visions et qu'il n'en fut point dupe.

Plus tard, l'hallucinose et l'illusion s'estompèrent et s'effacèrent complètement.

Le malade succomba à une broncho-pneumonie aiguë et nous pratiquâmes alors l'étude histologique complète du pédoncule cérébral, après avoir constaté que la corticalité du cerveau était indemne d'altérations.

Cette étude nous révéla l'existence d'une dégénération incomplète du noyau central moteur de la III^e paire et une altération du même ordre, mais plus étendue, s'étendant aux groupements cellulaires dorsaux et médian de l'oculo-moteur commun (noyau d'Edinger-Westphal). Ces lésions indépendantes du processus tabétique, ne pouvaient être qu'en rapport avec l'intoxication par des hypnotiques et en particulier des barbituriques et rendaient compte de l'ophtalmoplégie et des troubles sensoriels.

Plus récemment, M. Trelles et Lagache ont publié une observation du plus grand intérêt, dans laquelle on retrouve, tout ensemble, l'intoxication barbiturique et le syndrome neurologique.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, à plusieurs reprises, absorba des quantités massives de véronal et de gardénal. Chaque ingestion était suivie par une période plus ou moins prolongée de coma. Dès que le malade sortait de sa torpeur, on constatait une diplopie avec ptosis bilatéral, une aréflexie irienne com-

plète, des troubles de l'équilibre avec incoordination motrice. On a pu même constater, à la suite du coma, le clonus du pied, le signe de Babinski bilatéral. Or, à plusieurs reprises, ce malade à peine sorti du coma, était le jouet de phantasmes visuels hallucinatoires. Sur le mur apparaissaient des bariolages, des images kaléidoscopiques, des arbrisseaux, enfin des fleurs, puis des poules, des canards, une véritable basse-cour, défilaient devant ses yeux étonnés, puis s'estompaient et disparaissaient.

IV. Mécanisme et pathogénie

Tous les faits que nous venons de rapporter sont assez précis par eux-mêmes pour n'avoir pas besoin d'être longuement commentés. Ils montrent que des lésions de différents ordres : malacique, hémorragique, inflammatoire, toxique, portant sur la même région du tronc cérébral, s'expriment en clinique par une double série de symptômes, les uns d'ordre neurologique, dont la pertinence est fort connue, les autres psychiatriques, qui sont précisément les hallucinations visuelles à caractère onirique.

Dans tous les cas, les hallucinations visuelles ont présenté les deux caractères exigés pour l'identification de l'hallucination : le maximum de sensorialité, l'objectivation par rapport au corps, la projection spatiale.

Le lien de causalité qui rattache le phénomène hallucinatoire à la lésion pédonculaire ne peut guère être discuté. En effet, dans tous les cas que nous avons rapportés, qu'il s'agisse de nos faits personnels ou de ceux qui ont été publiés dans la littérature, le désordre psycho-sensoriel hallucinatoire se développe parallèlement au syndrome neurologique. Lorsque celui-ci se réduit, les phantasmes s'estompent, et lorsque les symptômes neurologiques ont disparu, les hallucinations elles aussi sont complètement effacées.

Comment comprendre la genèse des hallucinations visuelles au cours des lésions pédonculaires ? Bien entendu, rien n'est plus loin de notre pensée que de mettre en jeu une libération imaginaire de centres mésocéphaliques, « des corps genouillés ou du centre hypnique » ; jamais nous n'avons imaginé que l'on puisse mettre en jeu « un centre onirique », à supposer qu'il pût se concevoir ; jamais nous n'avons été poursuivi, même dans nos rêves, « par une âme qui viendrait hanter les parois du III^e ventricule ». Tout ce que nous soutenons, c'est que ce n'est pas « en l'absence de faits précis » que l'on a parlé d'hallucino-

pédonculaire. Ce que nous avons cherché à montrer, c'est que l'association de l'hallucinoze aux lésions mésodiencephaliques localisées, répond à un ordre de faits particulier dont le fondement se trouve dans les données de la pathologie et de l'expérimentation.

On le sait, les recherches expérimentales et anatomo-cliniques récentes ont démontré qu'il existe dans le diencéphale médian et dans la calotte pédonculaire qui lui fait suite, une région qui répond au point sensible du dispositif régulateur du sommeil et de la veille chez l'homme et chez les animaux. Lorsque ce dispositif est lésé, on assiste soit à l'hypersomnie, soit à l'insomnie.

Mais, ainsi que j'y ai insisté à maintes reprises, il ne faut pas voir dans le sommeil seulement l'anéantissement, l'inhibition des fonctions de conscience, l'état morphéique est à double face dont l'une est négative, la suspension du contact avec le monde extérieur, tandis que l'autre est positive, c'est le rêve.

Je me suis donc demandé si des lésions qui évoluent dans la même zone que celles qui sont à l'origine des sommeils morbides, ne pouvaient pas déterminer, elles aussi, des modifications de la fonction du sommeil, mais caractérisées, ici, non point par la phase négative de l'état morphéique, la suspension de la conscience, mais par son composant actif : l'activité onirique.

L'état d'hallucinoze visuelle au cours des syndromes pédonculaires, serait ainsi, dans notre pensée, la traduction d'une dissociation de la fonction hypnique, d'un ordre spécial. Nos hallucinés seraient des dormeurs éveillés, si l'on veut, c'est-à-dire des sujets dont l'altération cérébrale a déterminé la libération de l'activité onirique tandis qu'elle laissait intactes ou presque, les fonctions de conscience.

Ce qui vient à l'appui de cette thèse c'est que, dans les observations qui ont trait à l'hallucinoze pédonculaire visuelle, on observe, dans la règle, des troubles du sommeil, d'une part, et les images hallucinatoires, d'autre part, possèdent les mêmes attributs que celles du rêve, par leur déroulement, leur incohérence fréquente, leurs associations visuo-tactiles. De plus, lorsqu'on considère du point de vue psychologique l'hallucinisé pédonculaire, on remarque que pendant la phase active de l'hallucination, si les fonctions de conscience ne sont pas suspendues, l'activité psychologique n'est cependant pas celle d'un sujet parfaitement éveillé. Ce qui apparaît, c'est le désintérêt de la situation présente, le relâchement de l'attention, de la critique, la dispersion des idées, la tendance, parfois si forte qu'elle emporte tout, à la fabulation, l'affaiblissement du sens du réel, de l'attention

à la vie. Or, il n'est pas besoin de rappeler que toutes ces modifications de l'esprit qui tranchent avec les caractères personnels à l'activité vigile de la conscience, sont précisément les traits les plus authentiques de l'état hypnotique.

L'hallucinosé pédonculaire nous apparaît donc comme un syndrome digne d'un double intérêt : clinique parce qu'il peut facilement être dépisté et conduire à une recherche plus minutieuse des manifestations neurologiques ; physio-pathologique, parce qu'il nous permet d'entrevoir, à l'aide de faits précis anatomiques et expérimentaux, la genèse de certaines hallucinations, en les rattachant à une activité onirique libérée par l'atteinte effective du dispositif régulateur du sommeil et, par delà le sommeil, du rêve.

PSYCHOSE PÉRIODIQUE ET DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

F. ACHILLE-DELMAS

Dans une importante communication faite à la Société médico-psychologique (8 mars 1934), M. Tinel a rapporté trois observations de « Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique ». En dépit du titre de sa communication, M. Tinel incline à admettre « la communauté d'origine des deux affections » et à considérer « la démence précoce comme étant le résultat d'une forme particulièrement grave de l'intoxication qui serait en cause dans la psychose périodique ». Une telle hypothèse, sous une telle forme, me paraît un peu hâtive et je voudrais dire pourquoi.

Les observations rapportées par M. Tinel ne peuvent avoir, du point de vue qu'il a traité, qu'une valeur statistique. A défaut d'autre critère actuel en faveur d'une communauté d'origine ou de nature entre les deux affections, nous ne saurions en tirer un que de la fréquence de leur rencontre. Autant que quiconque, je me méfie des résultats empruntés aux statistiques, et j'estime, si l'on veut y avoir recours, qu'il faut le faire avec la plus grande prudence et en s'appliquant à n'en tirer que les enseignements certains qu'elles peuvent comporter. Or, M. Tinel ne nous apporte que trois cas positifs et ne nous dit rien du nombre, au moins approximatif, des cas négatifs qu'il a observés. Il ajoute, il est vrai : « Je pense inutile de multiplier ces exemples ; je pourrais en rapporter bien d'autres, moins explicites peut-être, bien que suffisamment caractérisés... » Mais, ce qui importe, ce n'est point le nombre absolu de ces exemples, c'est seulement — et nous y insistons — la proportion du nombre de ces exemples par rapport au nombre des exemples inverses de non-coïncidence des deux affections. Qu'il existe des cas de démence pré-

cocce dans des familles de maniaco-mélancolique, cela va de soi ; sinon, il faudrait admettre que la manie-mélancolie protège contre la démence précoce et personne n'a pu le supposer. Mais qu'il existe, dans ces conditions, des cas de démence précoce tellement nombreux, que leur fréquence impose l'opinion de quelque lien pathogénique commun aux deux affections, c'est cela qu'il importait de montrer et M. Tinel ne l'a pas fait.

Je me propose de démontrer la proposition inverse, à savoir que l'apparition d'une démence précoce dans une famille de cyclothymique est assez exceptionnelle pour ruiner l'hypothèse d'une communauté d'origine entre les deux affections et imposer, quand le fait se produit, la recherche d'une autre interprétation.

*
**

Dans une maison de santé privée, comme celle que je dirige, le nombre restreint des malades et l'organisation permettent au médecin d'être en rapport étroit avec les familles. Le même malade, lorsqu'il s'agit de psychose intermittente, peut revenir périodiquement, jusqu'à huit et dix fois dans certains cas. Les malades d'une même famille — et ils peuvent être nombreux quand il s'agit de familles cyclothymiques — se succèdent dans la maison de santé. Enfin, les différents membres y viennent et sont vus fréquemment par le médecin, au moins en qualité de visiteurs, sinon en qualité de malades. Telle grande famille du Nord m'a envoyé successivement jusqu'à sept de ses membres : j'ai eu à la fois la grand'mère, le petit-fils et une cousine germaine de celui-ci, avec mission de ne pas les laisser se rencontrer, ce qui était difficile et finissait par échouer ; plus souvent encore, j'ai adressé à un confrère tel malade dont l'ascendant ou le descendant était déjà chez moi ; j'ai eu enfin en même temps la mère et la fille, soignées ensemble pour des raisons d'économie ou de commodité. J'ai pu ainsi établir des généalogies où se retrouvent, dans une même famille, et en ne dépassant pas le degré de cousin germain, jusqu'à dix-huit ou vingt cyclothymiques ayant fait des accès francs ; il en est dans lesquelles, en ne tenant compte que du père, de la mère et des enfants, les malades à accès francs se rencontrent dans la proportion de cinq sur six et même de neuf sur dix. Je ne cite que l'exemple suivant à propos duquel j'ai personnellement connu six membres sur dix et soigné trois d'entre eux, en collaboration avec mon maître et ami, le Professeur Laignel-Lavastine :

Famille C., d'origine grecque.

Mère, mélancolique, suicidée.

Enfants, neuf.

Naourra, mort à 21 ans, du choléra, sans avoir eu d'accès.

Marguerite, grande déprimée constitutionnelle ; accès à forme anxieuse.

Théophile, accès mélancolique soigné à la Maison de santé d'Ivry.

Michel, accès alternes fréquents ; soigné dans plusieurs Maisons de santé de la région parisienne : actuellement soigné à la Maison de santé d'Ivry.

Alexandre, mélancolique, suicidé.

Gabriel, accès anxieux paroxystiques.

Basile, un accès mélancolique récemment soigné par moi.

Nicolas, épisodes d'excitation avec idées de revendication.

Fouad, accès fréquents, plusieurs fois traité en Maison de santé à Paris et à Constantinople.

De telles conditions me permettent d'apporter une *statistique*, non seulement des malades maniaco-mélancoliques présents en 1910 ou entrés de 1910 à 1934 dans mon service d'Ivry, mais encore du nombre des familles auxquelles ils appartiennent et du nombre très approché des membres de ces familles qui ont présenté, soit des accès maniaco-mélancoliques, soit une forme de démence précoce.

Total des entrées : 668.

Malades entrés une fois. 204, parmi lesquels un cas a évolué vers l'hypomanie chronique ; un cas a évolué vers la démence précoce (cas Paulette) (1).

Malades entrés deux fois : 108, parmi lesquels deux cas ont évolué vers la démence précoce (cas Jeanne et cas Juliette) (1) ; deux cas ont évolué vers l'hypomanie chronique (2) ; deux cas ont évolué vers la dépression chronique ; deux cas ont évolué vers le circularisme.

Malades entrés trois fois : 45, parmi lesquels un cas a évolué vers le circularisme (père de Jeanne) (3).

Malades entrés quatre fois ou plus : 26, parmi lesquels un cas a évolué vers la démence précoce (cas Eliane) (1).

Cette statistique porte sur 383 malades différents, mais seulement sur environ 252 familles puisque un assez grand nombre de nos malades appartenaient à la même famille.

(1) Observation résumée plus loin.

(2) L'un de ces cas a été présenté par nous sous le nom de : Pierre à la Société de Psychiatrie..... après plus de 50 ans d'évolution. Il a actuellement 89 ans et ne présente aucun signe d'affaiblissement intellectuel.

(3) Transféré à la Maison nationale de Saint-Maurice où il est encore.

En étendant la famille du côté des ascendants jusqu'aux grands-parents, du côté des descendants jusqu'aux petits-enfants, du côté des collatéraux jusqu'aux cousins germains, nous pouvons dire qu'il n'est pas une seule famille dans laquelle nous n'ayons rencontré une hérédité similaire et la proportion des cas maladifs, *en ne retenant que les accès francs, et sans compter les états cyclothymiques constitutionnels*, est au moins de 2 sur 10 et plus fréquemment de 3, 4 ou 5 sur 10, pouvant aller même comme nous l'avons montré plus haut, jusqu'à la proportion de 9 sur 10. Il est impossible, en outre, d'évaluer le nombre des accès maniaco-mélancoliques qui ont existé dans ces 252 familles, en dehors de ceux que j'ai personnellement soignés, soit 668, un grand nombre ne m'ont point été révélés ; un autre grand nombre ont pu survenir par la suite, soit chez mes malades eux-mêmes perdus de vue, soit chez leurs parents plus ou moins proches ; mais ceux qui m'ont été révélés au cours des anamnèses de chaque cas portant sur quatre générations dépassent de beaucoup mille. Si nous insistons sur ces données statistiques, c'est pour en arriver à la conclusion suivante : il est facile d'apporter des exemples nombreux de familles cyclothymiques présentant dans leur sein une proportion considérable d'accès maniaco-mélancoliques avérés ; par contre, ce n'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle qu'on y voit apparaître quelques cas de démence précoce. Sur les 252 familles entre lesquelles se répartissent nos 383 malades, je n'ai pu en relever que trois exemples certains, dont un qui m'est commun avec le Dr Tinel et qui constitue sa première observation, la plus importante. A ces trois cas, doivent s'ajouter les quatre malades cités plus haut et ayant évolué de la manie mélancolique à la démence précoce et sur lesquels nous reviendrons. Au total, cela ne ferait que sept cas. Mais il convient de faire les deux réserves suivantes :

Premièrement, je ne puis affirmer que mes investigations n'aient pu laisser échapper quelques cas de démence précoce ni qu'après avoir perdu de vue beaucoup de mes malades et leurs familles, il n'ait pu en surgir quelqu'autre après coup.

Deuxièmement, dans les renseignements anamnestiques, figurent une trentaine de cas de parents morts ou ayant séjourné, plus ou moins de temps, en maison de santé ou en asile, à propos desquels nous n'avons pu faire de diagnostic précis, ni faire le départ entre les maniaco-mélancoliques morts par délire aigu, par suicide ou par affections intercurrentes ou passées à la chronicité, d'une part, ni entre les cas possibles de démence précoce,

s'il y en a eu, d'autre part. Ce qui est certain, c'est que les malades atteints d'accès avérés de manie-mélancolie dans mes 252 familles, tant ceux que j'ai personnellement soignés (383) que ceux dont j'ai connu les manifestations avérées, sont de l'ordre de mille au moins, tandis que ceux atteints de démence précoce connus de moi ne sont qu'au nombre de sept. Si l'on veut y ajouter une évaluation approximative des cas que j'ai pu ignorer ou de ceux qui pourraient figurer dans les trente cas de diagnostic incertain, on ne dépasserait point, au pis ou au mieux aller, vingt à vingt-cinq cas. En nous en tenant aux cas certains, la proportion des déments précoces par rapport aux maniaco-mélancoliques serait, pour nos 252 familles, de 7 pour 1.000. En admettant les adjonctions indiquées plus haut, problématiques mais favorables à l'accroissement de la proportion des déments précoces, on n'arriverait qu'à une relation de 20 à 25 pour mille, c'est-à-dire de 2 à 2,5 pour 100. De toutes façons, et c'est ce que nous voulions démontrer, dans les familles cyclothymiques, l'apparition d'une démence précoce est un fait exceptionnel et il ne peut s'agir que d'une coïncidence et non d'un fait propre à établir quelque communauté d'origine entre les deux affections. Si la proportion de déments précoces était plus grande dans cent familles cyclothymiques que dans cent familles prises au hasard — ce que nous ignorons faute de données statistiques sur ce point — il faudrait en chercher la raison, non dans une communauté d'origine hypothétique, mais plutôt dans le passage très rare, mais réellement établi, d'une manie-mélancolie à la démence précoce, comme nous essayerons de le démontrer plus loin.

Auparavant, nous indiquons une contre épreuve qui permet aisément d'apprécier la fréquence de rencontre des deux affections en recherchant cette fois, non la fréquence de la démence précoce dans les familles des maniaco-mélancoliques, mais au contraire la fréquence de la manie-mélancolie dans l'hérédité des déments précoces.

Puisque dans la famille de tout sujet maniaco-mélancolique on trouve toujours l'hérédité similaire d'une part, la multiplicité des cas d'autre part, si la démence précoce avait quelque communauté d'origine ou de nature avec la manie-mélancolie, on devrait trouver de même, dans les familles des déments précoces et une hérédité maniaco-mélancolique et une multiplicité des accès périodiques. En est-il vraiment ainsi ? Encore une fois, et à moins que nous ne soyons tombés sur une série particulière à propos des 240 cas de démence précoce ayant passé par notre

service d'Ivry de 1910 à 1934, ce qui serait peu vraisemblable pour un chiffre aussi important, nous pouvons répondre négativement. Certes, comme tous les auteurs, nous avons rencontré assez fréquemment des tares familiales et personnelles dans les antécédents des déments précoces, mais exceptionnellement l'hérédité maniaco-mélancolique. En systématisant ces données, nous ne croyons pas nous écarter sensiblement de la réalité, dans la conclusion suivante : dans les familles de maniaco-mélancoliques, contre cent membres atteints de manie-mélancolie on en trouve au plus deux présentant une démence précoce ; dans les familles des déments précoces, contre cent exemples de démence précoce, on rencontre — la manie-mélancolie étant d'une façon absolue deux à trois fois plus fréquente que la démence précoce — de deux à six cas de manie-mélancolie (1).

Nous ne demeurons ainsi en présence que de coïncidences entre démence précoce et manie-mélancolie. Elles sont de deux ordres :

1° Démences précoces paraissant évoluer d'emblée chez un sujet dont un plus ou moins grand nombre de parents ont présenté des accès maniaco-mélancoliques (cas de Tinel).

2° Démences précoces formant l'aboutissement d'un accès maniaco-mélancolique authentique, après une ou plusieurs récidives de cet accès.

Les faits du deuxième ordre font l'objet de la thèse de notre interne Luciani que nous avons inspirée et dans laquelle nous proposons une interprétation qui nous paraît également valable pour les cas de Tinel comme nous allons nous efforcer de le montrer.



L'opinion de tous les observateurs (Weygandt, Dagonet, Kräpelin, Deny, etc...) est quasi unanime pour nier le passage de la psychose périodique à la démence précoce. Paul Abély, dans sa thèse sur les « Terminaisons de la mélancolie » (1923) confirme cette opinion non seulement d'après une bibliographie importante, mais encore d'après ses statistiques personnelles.

Nous avons, par contre, recherché la bibliographie consacrée aux transformations d'accès périodiques en démence précoce. Elle est, semble-t-il, fort pauvre.

(1) Nous ne retenons que les sujets atteints d'une psychose avérée maniaque ou mélancolique et non ceux présentant seulement une constitution cyclothymique.

Dans une thèse de Genève, 1910, l'auteur, M. Gareginski, rapporte neuf cas d'affaiblissement intellectuel de maniaco-mélancoliques, jeunes pour la plupart ; mais il s'appuie sur des observations qui paraissent bien se rapporter à des démences précoces d'emblée et ne sont point, par conséquent, démonstratives.

Dans un article de la *Revue neurologique* (1912) Taubert oppose dans la psychose maniaco-dépressive la forme héréditaire et la forme acquise par lésions anatomiques cérébrales ; cette dernière aboutirait à la démence ; mais Paul Abély dit justement que « c'est là une hypothèse que ne paraissent confirmer ni la clinique, ni l'anatomie pathologique ».

Beaucoup plus intéressant est l'important article que MM. Claude et Valensi ont consacré à cette question dans l'*Encéphale*.

Laissons de côté la partie de l'article dans laquelle ces auteurs parlent du passage de la manie-mélancolie à la schizophrénie, ce qui, à notre avis, soulève un tout autre problème, et tenons-nous-en à ce qu'ils disent du passage de la manie-mélancolie à la démence précoce vraie, appelée par eux type Morel. Ils admettent la réalité de ce passage, sans apporter toutefois d'observation à l'appui de leur opinion ; ils l'étaient seulement sur des considérations théoriques, mais ces considérations nous paraissent parfaitement judicieuses et satisfaisantes, et nous croyons devoir rapporter ici les passages essentiels. « ...La démence survient donc comme un accident ; elle peut compliquer un incident psychopathique quelconque et cet incident peut être la manie-mélancolie..... Si la démence secondaire, à ces états (maniaco-dépressifs), prend parfois l'allure de la démence précoce, c'est sans doute qu'elle atteint des sujets prédisposés et avant tout des sujets jeunes..... Dans cette manière de voir, la manie-mélancolie conserve une individualité de maladie que lui reconnaît Ewald ; il y a association de constitution cyclothymique et de fragilité cérébrale pouvant être du type démence précoce..... Chez ce même sujet fragile, un processus toxique, endotoxique ou infectieux, facteur d'encéphalite, pourra révéler en même temps les tendances maniaco-dépressives et léser gravement le cerveau... »

Nous rapportons ces considérations théoriques d'autant plus volontiers que nous avons inspiré la thèse inaugurale de notre interne Luciani sur ce sujet, afin d'apporter des observations cliniques propres à les corroborer et à les justifier. Nous donnons ci-dessous le résumé de ces observations.

Observations type Eliane

OBSERVATION I. — Eliane. Hérité double : père circulaire depuis plus de 25 ans ; mère, frère, oncle paternel ont fait des accès maniaco-mélancoliques. Premier accès (2 mois), dépressif franc à 9 ans ; guérison. Deuxième accès à 10 ans, hypomanie ; deux mois ; guérison. Troisième accès à 12 ans, à double forme, dépression trois mois, excitations deux mois ; guérison. Quatrième accès à 15 ans ; double forme pareil au précédent, mais dans deuxième phase maniaque complication confusionnelle fébrile, nécessitant premier séjour en Maison de santé. De 15 à 19 ans, forme alterne avec confusion onirique aussi bien dans la dépression que dans l'excitation ; durée approximative des accès : trois mois ; intervalles lucides : six à huit mois, avec admirable critique des accès passés. A 19 ans, manie confusionnelle grave, dont elle sort lentement et incomplètement pour évoluer vers une démence hébéphrénocatatonique confirmée depuis six ans.

OBSERVATION II. — Jeanne. Hérité double : père circulaire depuis 20 ans ; tante paternelle morte au cours d'une mélancolie confusionnelle. A 17 ans, accès franc de mélancolie ; 4 mois ; guérison. A 19 ans, accès brusque de manie franche ; au bout d'un mois, confusion mentale fébrile du degré du délire aigu. Rémission progressive, mais apparition de signes démentiels et évolutions vers un syndrome catatonique, confirmé depuis 12 ans.

OBSERVATION III. — Juliette. Hérité double. Elle-même excitée constitutionnelle très brillante. A 22 ans, accès à double forme, durée 9 mois, début et guérison brusques. Mariée. Etat parfait pendant 3 ans ; à 26 ans, accès à double forme. Début brusque. Au cours de la deuxième phase (excitation) confusion mentale fébrile et à partir de ce moment intrication des symptômes d'excitation et de dissociation. Evolution vers démence précoce confirmée depuis six ans.

Observation type Paulette

OBSERVATION IV. — Paulette. Hérité double. Déprimée scrupuleuse avec flambées d'excitabilité pendant toute l'adolescence. A 19 ans, accès mélancolique franc pendant un an ; puis passage brusque à l'excitation maniaque bientôt compliquée de confusion mentale ; rémission lente pendant deux ans, au cours desquels apparaissent peu à peu des phénomènes de dissociation et des symptômes catatoniques. Démence précoce hébéphrénocatatonique confirmée au cours des huit années suivantes (1).

(1) Dans nos quatre observations, le diagnostic d'accès maniaques ou mélancoliques, ont été affirmés, dans chaque cas, par plusieurs consultants spécialisés et compétents.

Ce qui caractérise les trois premières observations du type Eliane, c'est d'abord la succession d'accès maniaque-mélancoliques séparés par des intervalles de guérison, constituant une première phase évolutive de psychose périodique pendant plusieurs années ; ensuite, l'apparition, au cours d'un dernier accès, d'une confusion mentale intercurrente, se compliquant bientôt de symptômes de dissociation psychique et aboutissant à une deuxième phase évolutive de démence précoce définitive. Dans ces cas, le passage d'une manie-mélancolie à la démence précoce nous paraît démontré.

Ce qui caractérise la quatrième observation du type Paulette, c'est l'existence d'un premier accès ayant tous les caractères cliniques de la manie-mélancolie, mais se compliquant d'une confusion mentale fébrile à la suite de laquelle, sans guérison intercalaire, apparaissent les signes d'une démence précoce que l'évolution confirme. Ici, le diagnostic nosologique du début peut être contesté et on pourra toujours objecter qu'il s'agissait d'une démence précoce d'emblée à dépression — ou excitation — initiale. Toutefois, il est logique d'admettre, en accord avec la clinique, que la transformation d'une manie-mélancolie en démence précoce, si elle peut se produire au 3^e ou 4^e accès d'une psychose périodique, puisse également se produire avec le premier accès. Cette interprétation, nous ne pouvons en apporter la démonstration certaine, mais, pour notre part, nous la croyons fondée pour un certain nombre de faits.

Les cas du type Eliane sont exceptionnels. Nous les avons relevés avec soin parmi nos 340 malades ; nous n'en avons observé que les trois cas cités plus haut.

Les cas du type Paulette sont peut-être plus fréquents ; nous en compterions une dizaine.

Mais qu'il s'agisse des cas démontrés du type Eliane, ou des cas contestables du type Paulette, nous retrouvons, dans les deux variétés de cas, les mêmes conditions d'évolution, qui nous paraissent pouvoir servir à une interprétation pathogénique. Ces conditions se résument en deux faits essentiels : 1^o le jeune âge des sujets ; 2^o l'intercurrence d'une confusion mentale.

Dans nos quatre observations, le passage d'une affection à l'autre s'est fait respectivement à 19 ans, 19 ans, 26 ans et 20 ans. Cette notion d'âge nous paraît prendre ici le caractère d'une véritable cause, non suffisante, mais au moins nécessaire. D'une part, c'est l'âge d'élection du développement de la démence précoce, et les facteurs qui interviennent dans les accès maniaque-mélancoliques pour les orienter vers une démence précoce, joueront plus volontiers à l'âge électif qu'à tout autre âge.

D'autre part, cet âge est, par lui-même, responsable d'une plus grande fragilité cérébrale et nous n'entendons pas parler ici de cette fragilité cérébrale générale et hypothétique que beaucoup d'auteurs incriminent sans la démontrer à propos du développement de la démence précoce, mais de cette fragilité physiologique ou dynamique que les travaux de de Clérambault ont bien mis en évidence du point de vue clinique et d'où il résulte que la cellule cérébrale se défend d'autant moins bien contre les processus destructifs à conséquence démentielle qu'elle est plus jeune.

Quant à la constance probable d'une confusion mentale dans la transformation d'une manie-mélancolie en démence précoce, elle nous paraît jouer le rôle d'une cause nécessaire et, dans les cas positifs, suffisante. La confusion mentale n'est que l'expression clinique d'une encéphalite aiguë avec toutes les lésions interstitielles et surtout parenchymateuses qu'elle comporte. Les travaux d'un grand nombre d'auteurs, plus spécialement de Marchand, tendent à démontrer qu'il y a, au point de départ de toute démence précoce, un processus d'encéphalite. Il apparaît alors tout à fait rationnel de considérer que c'est l'encéphalite, base organique de la confusion mentale, qui, venant compliquer l'accès maniaco-mélancolique, explique la transformation de celui-ci en démence précoce banale. Nous complétons ainsi l'opinion de MM. Claude et Lévy-Valensi, quand ils écrivent : « La démence survient donc comme un accident : elle peut compliquer un incident psychopathique quelconque et cet incident peut être la manie-mélancolie. » Nous la complétons, en y ajoutant le *chaînon* essentiel, et pour nous nécessaire, de la confusion mentale intercurrente.

*
**

En conclusion, nous pensons que, si la manie-mélancolie a pu, dans quelques cas rares, se rencontrer, dans une même famille, en même temps que la démence précoce, ce n'est point en raison d'une communauté d'origine, mais plutôt par le mécanisme que nous venons de nous efforcer de démontrer. Il ne faudrait pas, en effet, que les travaux récents et nombreux sur les encéphalites primitives ou essentielles, fassent oublier les faits tellement plus fréquents de manies ou de mélancolies confusionnelles, qui sont aussi des encéphalites depuis longtemps connues, décrites et journellement rencontrées en clinique. Que quelques-unes de ces confusions mentales secondaires à la manie ou à la

mélancolie, par suite du chaînon encéphalite interposé, tournent mal et évoluent vers la démence précoce — et encore une fois, cela est exceptionnel par rapport au nombre considérable des manies-mélancolies confusionnelles, et surtout par rapport au nombre infiniment plus grand des manies ou mélancolies franches — cela est suffisant pour expliquer les rarissimes rencontres des deux affections. Une telle évolution, par un tel mécanisme, nous paraît certain et démontré pour les cas du type Eliane, certain aussi pour un assez grand nombre de cas du type Paulette, bien qu'ici la démonstration n'ait pas la même rigueur.

Du type Paulette, nous paraissent être les cas signalés par M. Tinel, dans sa communication, et point ne serait besoin alors, pour les expliquer, d'invoquer de problématiques lésions de la manie-mélancolie et moins encore, une communauté d'origine entre cette affection et la démence précoce, contre laquelle se dressent la conception « non périnée » des auteurs, et les enseignements continus de la clinique.

RÉFLEXIONS SUR QUATRE OBSERVATIONS DE TUMEURS CÉRÉBRALES AVEC TROUBLES MENTAUX PRÉCOCES

PAR

B. POMMÉ et J. DECHAUME

Les auteurs qui ont étudié les troubles psychiques au cours des tumeurs cérébrales ont soigneusement distingué ceux qui accompagnent un syndrome neurologique important de ceux qui annoncent la néoplasie à plus ou moins longue échéance : le dépistage de ces dernières manifestations mentales serait d'une utilité trop évidente pour qu'il soit permis d'insister.

Chez des malades tardivement examinés, nous avons recherché s'il n'avait pas existé dans les antécédents quelques prodromes mentaux précoces. Dans certains cas, cette reconstitution nous a semblé possible.

Nous tenons à faire, dès maintenant, l'importante réserve suivante : dans nos trois dernières observations, aucun examen neuro-ophtalmo-radiologique n'a été pratiqué au moment des premières manifestations mentales. Nous sommes donc incapables de dire si, à ce stade, les signes psychiques étaient vraiment isolés.

Mais il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de présenter sous cet angle quelques faits cliniques.

OBS. I. — Mme P..., 57 ans, a, comme seul antécédent, une intervention pour grossesse extra-utérine sans séquelles dignes d'intérêt.

C'est en septembre 1931, « en pleine vie normale », dit-elle, qu'apparaît, à la suite d'ennuis domestiques justifiés, une difficulté à trouver un mot usuel dans la conversation. Du point de vue affectif, elle reste active, et, la situation familiale rétablie, redevient gaie comme auparavant.

Elle va trouver cependant son médecin en décembre 1931. Les examens neurologique et somatique sont négatifs, mais deux faits sont observés ce jour-là :

1° D'une part, au cours de l'interrogatoire et par deux fois, la malade n'a pu trouver un mot usuel (longue hésitation, puis silence). Elle lit cependant facilement à haute voix et écrit couramment, en copiant et sous la dictée.

2° De plus, priée de se dévêtir derrière un paravent, elle revient vers le médecin ayant gardé sa combinaison (ce qu'elle avait demandé), mais son chapeau à la main. Devant la remarque qui lui est faite au sujet de cette singulière attitude, elle rit et va poser son chapeau le plus naturellement du monde.

Le mari, interrogé, n'a rien remarqué du point de vue affectif. Mais il signale spontanément l'oubli de certains mots d'usage courant et ajoute, au sujet de l'incident du chapeau, qu'il arrive fréquemment à sa femme de garder indéfiniment à la main un objet dont elle vient de se servir.

Ces phénomènes régressent et rien n'est noté du point de vue psychique au cours d'une deuxième visite le 28 janvier 1932. A l'examen neurologique, les sensibilités superficielles et profondes sont, en particulier, toujours intactes.

Un nouvel examen est pratiqué par l'un de nous et J.-F. Martin le 22 mars 1932. L'état mental s'est profondément modifié. Il existe de l'amnésie de fixation avec désorientation dans le temps et l'espace. Mme P... est apathique dans le sens qu'attribue Delasiauve à ce qualificatif (engourdissement avec impuissance psychique et manque total d'initiative).

Cette absence de spontanéité intellectuelle et affective est soulignée par des manifestations, cette fois très nettes, de paraphasie, avec oubli des mots, déformations, contractions de deux vocables en un seul, trouble de la parole répétée.

Par ailleurs, du point de vue somatique (1), elle a eu des vomissements sans effort et présente depuis peu de l'incontinence d'urines. Malgré la torpeur, l'interrogatoire est possible. L'examen neurologique montre une paralysie faciale droite de type central, une parésie du bras droit sans modification des réflexes; une abolition des cutanés abdominaux, une réponse en flexion des cutanés plantaires, et enfin une augmentation des réflexes de défense pour le membre inférieur droit. Le liquide céphalo-rachidien a une tension de 20/23 avec Queckenstedt libre, 1,9 lymphocyte par mm³, 2 gr. d'albumine par litre et un Wassermann négatif. L'œdème papillaire est bilatéral avec une saillie plus marquée à gauche. Les radiographies (face et profil gauches) dévoilent une disparition de la petite aile sphénoïdale.

(1) Observation parue dans *Lyon Médical*, 1933, t. CLII, p. 256.

Le diagnostic est celui de méningiome (il y a, de plus, des tumeurs cutanées du type Recklinghausen sur l'hémiface droite), méningiome de la scissure de Sylvius (pied de la frontale ascendante avec début dans la région pariétale), appendue à la petite aile du sphénoïde.

L'intervention (Wertheimer) permet une large décompression osseuse de la région.

Un mois après, on enregistre une sédation de la plupart des signes : amélioration de la parésie faciale, disparition de la monoparésie supérieure droite, diminution de l'œdème papillaire, suppression des troubles sphinctériens.

Au bout de deux mois survient une légère aggravation transitoire.

Une deuxième intervention est décidée dix mois après la première, mais la malade meurt auparavant de pneumonie.

Mme P... présente donc, dès sa première consultation, quatre mois avant l'apparition des signes neurologiques (qui ont été soigneusement recherchés par un observateur très qualifié), un trouble de langage fort particulier. Il consiste dans une impossibilité, ou parfois une grande difficulté, à trouver un mot ou deux au cours d'une conversation : il s'agit de substantifs usuels. Et, par ailleurs, l'ordonnance des phrases est correcte (la malade n'avait pas encore de paraphasie ni d'aggrammatisme). Les ordres sont convenablement exécutés, la lecture est facile et sans dygnésie de fixation. Mme P... est bien orientée dans l'espace et dans le temps.

En somme, comme l'a bien défini Kennedy (1), il y a simplement diminution faible et intermittente du pouvoir d'évocation des mots, sans perte vraie de la mémoire de ces derniers, mais avec impossibilité d'évoquer certains d'entre eux au moment voulu.

Un tel trouble, à lui seul, permet de s'orienter vers le diagnostic de lésion de la région temporo-pariétale gauche, et de lésion néoplasique. Kennedy, en 1911, insistait déjà sur ce qu'il appelait la mémoire verbale « submergée » et il concluait : « Les effets des tumeurs dans les centres du langage ou au voisinage de ces derniers sont tout à fait différents de ceux réalisés par les lésions vasculaires des mêmes régions, et consistent, tout au moins dans les premières phases de la lésion, dans une perturbation plutôt que dans une abolition des centres et des régions voisines. »

Ajoutons qu'il est admis depuis longtemps que les tumeurs

(1) F. KENNEDY. — The symptomatology of temporo-sphénoïdals tumors. *Arch. of Int. Méd.*, Chicago, 1911.

du lobe temporal droit rétentissent beaucoup moins et non de cette manière sur l'état mental : notre troisième observation pourra être comparée utilement à cet égard avec celle-ci, compte tenu de la nature différente du néoprocessus.

Une deuxième remarque a trait à la singulière attitude de Mme P... devant son médecin. L'incident du chapeau et les faits analogues rapportés par le mari paraissent bien rentrer dans le cadre des « paralysies psychiques » de Bruns et de Nothnagel, parésies psychiques transitoires et caractérisées par ce fait que si le sujet n'agit pas spontanément, il exécute à la suite d'une remarque, et, à un degré de gravité de plus, au commandement.

Il ne nous appartient pas de parler ici d'apraxie idéomotrice représentant l'altération d'une fonction expressive (Ch. Foix), d'apraxie dite idéatoire, comparable, selon les idées de ce dernier auteur, à une agnosie d'utilisation (Morlaas) ou d'apractognosie de Greenbaum. Un travail de J. Lhermitte et O. Trelles (1) montre combien il faut être prudent en pareille matière. Quoi qu'il en soit, des faits de cet ordre ont été observés au cours du développement des tumeurs de la région pariétale gauche, tout comme dans notre observation.

Notons enfin l'existence d'un état affectif spécial d'indifférence euphorique. Mme P... rit devant son médecin parce que, dévêtue, elle a gardé son chapeau à la main, mais elle ne paraît nullement confuse *a posteriori* de cette attitude. Elle a souvent manifesté la même jovialité devant son mari. Ce syndrome ne s'accompagne pas encore d'abaissement intellectuel net : cette euphorie est puérile, mais elle n'est pas absurde.

Une telle particularité psychique n'est pas caractéristique du point de vue localisation : elle s'observe surtout, comme c'est le cas chez Mme P..., dans les tumeurs à évolution prolongée.

Obs. II. — Odette F..., 5 ans, est adressée le 16 mai 1933 dans le service de l'un de nous, par le radiologiste de l'hôpital auquel un examen du tube digestif est demandé, car elle vomit depuis plusieurs semaines. A l'examen : léger torticolis à droite avec flexion, parésie du moteur oculaire externe gauche, quelques signes cérébelleux cinétiques discrets (dysmétrie) homolatéraux, rétropulsion nette, bruit fêlé à la percussion crânienne, disjonction des sutures fronto-occipito et interpariétales, gros œdème papillaire bilatéral.

(1) J. LHERMITTE et O. TRELLES. — Sur l'aphasie pure constructive. Les troubles de la pensée spatiale et la somatognosie dans l'apraxie. *Encéphale*, t. XXVIII, 1933, p. 413.

Diagnostic : médulloblastome du vermis à évolution rapide. Aucune ponction lombaire n'a été évidemment faite.

Malgré l'état grave, l'intervention décompressive occipito-cervicale est pratiquée sans incident (Wertheimer) ; l'enfant meurt le jour suivant en quelques minutes.

Rien n'est à signaler dans l'histoire de cette fillette, si ce n'est, à partir du 6 avril 1933, après le petit déjeuner, un ou deux vomissements sans effort, ayant persisté comme seul signe pendant plusieurs jours, avec alternance de sédation et de reprises. Bientôt, Odette se plaint de céphalées par crises violentes mais passagères, et accuse un torticolis droit. Son état général reste excellent. Dans les derniers jours d'avril, un strabisme interne droit entraîne une consultation d'« oculiste » : des verres sont prescrits. Mais l'« état gastrique » persistant, un examen radiologique est demandé.

Or, voici ce que nous apprennent les parents. Jusqu'au début de l'année 1933, Odette est une petite fille d'affectivité bien développée : elle rit, elle chante, elle s'occupe de sa poupée, mais participe aussi aux jeux bruyants de son frère aîné ; son comportement à l'égard de ses parents est celui d'une fillette de son âge. L'intelligence et l'imagination sont vives : le père, sous-officier d'aviation, aime à raconter à sa fille des histoires de vols aériens, et à lui narrer des contes dits pour enfants : *Barbe-Bleue*, *Chaperon rouge* ; ces histoires sont attentivement écoutées, mais ne paraissent exciter que la curiosité d'Odette. Le sommeil est excellent.

Les premières manifestations psychiques commencent fin février : il ne s'agit, nous allons le voir, que de nuances, mais elles vont frapper les observateurs souvent peu attentifs que sont les parents : car la nouvelle manière d'être de l'enfant à leur égard fait nettement contraste avec la précédente.

Ces prodromes intéressent la sphère affective : vibrance exagérée (dans sa qualité et sa durée) aux menues incitations de la vie quotidienne (pleurs, sommeil agité après les contes d'autrefois), sentiment d'insécurité extériorisé par le besoin morbide de présence ; par instants, désir d'isolement et de silence. Sa mère se souvient fort bien : « Elle était moins exubérante, plus caressante, toujours plus triste. Parfois, elle paraissait rêveuse et s'en allait dans un coin sans s'occuper de sa poupée. Elle pleurait pour un rien, lorsque je la reprenais, sans la gronder. La nuit, elle avait peur... »

La réaction familiale s'est traduite par une attention affectueuse d'où furent bannies la plupart des incitations nocives, et les phénomènes aigus s'estompèrent ; l'état dépressif plus dis-

cret persista. Comme cela arrive en pareil milieu, on n'appela pas le médecin (1).

Plus d'un mois s'écoula et voici que successivement apparaissent des vomissements en fusée, puis, quelques jours après, complétant le tableau clinique, des céphalées occipitales paroxysmiques.

Or, à ce stade, en période douloureuse, les réactions de l'enfant étaient adaptées à la souffrance (besoin de silence et de présence des parents) ; et, dans l'intervalle des crises, elle paraissait redevenue normale, « peut-être plus affectueuse », précise le père. En réalité, semblent avoir joué à ce moment-là et l'effet de contraste, et les modifications de comportement de l'ambiance.

Bref, la famille crut à une « peur passagère », le médecin à une affection gastro-intestinale. Et les signes neurologiques objectifs ne furent que tardivement recherchés (cinq semaines après).

La rémission psychique persista jusqu'à la fin.

OBS. III. — Henri M., 21 ans, présente, lorsqu'il est hospitalisé, une assez longue histoire morbide.

En janvier 1933, il a une angine avec fièvre pendant quelques jours ; au cours de cette affection apparaît, sans nausées ni raideur du cou, une céphalée temporale vive, mais intermittente et une parésie faciale discrète gauche de type central. Le tout rétrocede spontanément en quelques jours.

Suit une longue période de rémission passée entièrement au repos en milieu familial. Une reprise des céphalées décide le sujet à entrer dans le service de l'un de nous.

A la parésie faciale, plus accusée qu'auparavant nous dit l'entourage, s'ajoute une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche (type cortical), avec astéréognosie, abolition des réflexes cutanés abdominaux gauches et une réponse en extension du cutané plantaire gauche.

Puis s'installent une impotence et une aréflexie inférieure avec signes d'hypertension intra-cranienne (céphalées, parésie de la VI^e paire, œdème papillaire bilatéral).

Liquide céphalo-rachidien : tension 41 au Claude en position couchée ; 6 lymphocytes par mm³ ; 0 gr. 60 d'albumine par litre ; Wassermann négatif.

(1) Ces états dépressifs avec hyperémotivité sont observés, cela est bien connu, à la période d'incubation de nombre d'infections infantiles ; à côté de ces dernières, une place est à garder, dans l'esprit du clinicien, pour les tumeurs à évolution rapide comme les médullo-blastomes du cervelet, assez fréquents dans la première enfance.

Diagnostic : gliome région temporo-fronto-pariétale droite. Mort très rapide, le jour même choisi pour l'intervention (mai 1933). Confirmation du diagnostic par vérification : gliome kystique avec hémorragies récentes.

L'histoire des prodromes mentaux est sensiblement différente de la précédente. Car, bien que la personnalité du sujet fût beaucoup plus accusée en raison de l'âge (22 ans), ces prodromes attirèrent encore moins l'attention. Bien entendu, comme tout à l'heure, ce n'est qu'*a posteriori* que nous avons pu reconstituer la suite des faits.

Henri M... est jardinier ; il vit avec son frère plus jeune et sa mère veuve depuis une dizaine d'années. Son intelligence est moyenne et son instruction satisfaisante. C'est un ouvrier consciencieux et pratiquant sa religion. Sa vie antérieure au service militaire est marquée par son attachement à sa mère et à son frère ; il a quelques camarades avec lesquels il sort régulièrement ; il n'existe pas de perversions.

Pendant les huit premiers mois de service militaire, Henri M... se montre très bon soldat et est nommé rapidement caporal.

Interviennent alors les prodromes mentaux.

Deux remarques sont à faire à ce sujet :

1° Le syndrome s'extériorise à l'occasion d'un petit changement de poste dans les Vosges, ce n'était pas cependant le premier. Nous verrons l'importance de cette concordance de faits.

2° Il revêt l'allure dépressive qui avait frappé Duret, et sur laquelle Toulouse et Schiff, dans leur rapport au XXIX^e Congrès des aliénistes et neurologistes (1925), puis Marchand et Schiff avaient attiré l'attention.

Mais chez Henri M..., nous pouvons aisément reconstituer l'existence de crises de tristesse, d'ennui, de dégoût de vivre, sans aucune interprétation délirante, auto-accusatrice ou hypochondriaque. Henri M... pensait à la mort, mais non aux moyens de la réaliser ; il ne souffrait pas et ne se plaignait à personne. Ces crises, sur lesquelles a insisté longuement H. Baruk dans son travail inaugural, étaient suivies de périodes, de longueur irrégulière, au cours desquelles l'ambiance reprenait sa coloration habituelle.

Si ces prodromes, ces « inquiétudes intérieures » étaient « muettes pour l'entourage », les modifications de l'activité quotidienne, les hésitations, le besoin de renforcement des sécurités n'avaient pas échappé au commandement. Le chef de secteur dont dépendait le petit poste d'Henri M..., note « ce

caporal-chef de poste » comme « timide et tatillon », sans plus. Aucune autre observation n'est portée. Personne ne parut songer au médecin.

Par contre, la famille fut informée de ce pressentiment, mais voici quelles furent ses réactions :

La mère crut aux conséquences d'un changement de vie : « Etre soldat dans l'Est... Les chefs trop durs..., bien qu'il n'en ait pas parlé... Mais un fils ne dit pas tout... »

Le frère enregistra mieux cette plainte discrète, mais il n'interpréta pas. Nous donnons les impressions qu'il nous confia après la mort d'Henri : « En décembre, il n'avait pas été encore malade ; il nous écrivait souvent ; il nous embrassait avec des mots à lui. Il parlait de mourir et nous donnait des conseils. Il disait comme ça de mourir, mais il disait « si je mourais » pas plus. Il priait pour nous. Il ne parlait plus de Lyon, ni du bon temps. »

Nous avons demandé à lire ses lettres. Celles qui ont trait à cette période n'ont pas été gardées, contrairement à celles qui ont suivi : ceci est un signe de plus du peu d'importance que la famille attachait à ces prodromes.

*
**

Or, voici qu'en janvier apparaissent, avec l'angine, céphalées et paralysie faciale. Les lettres ont été conservées en raison sans doute de l'émotion qu'elles ont suscitées. Elles ont été écrites au crayon, les lignes sont sans ordre (1). En voici quelques extraits :

— « Chère Maman je reçois ta lettre, — je n'ai pas des points, — c'est ma tête. Si le Raymond (son frère) venait, ça me ferait un plaisir immense. Je n'ai pas beaucoup de fièvre. Mais ce qui me fait peur, c'est les maux de tête. Enfin, ne t'affole pas trop. »

— « Chère Maman, je souffre de la tête, j'ai peur de prendre une maladie grave. Je voudrais bien te voir, — que c'est terrible d'être loin. Chère Maman, venez vers moi, ayant pitié de moi. Si vous venez me voir, il me semble que ça ira mieux. Pourvu que

(1) Nous avons pu retrouver des lettres écrites en octobre 1932 : elles sont d'un très bon fils et d'un bon frère, qui décrit naïvement sa vie militaire, évoque quelques souvenirs, parfois religieux, et parle volontiers du retour. L'ensemble est peu coloré, mais non triste. L'écriture est appliquée, fort lisible.

je ne prenne pas une maladie de la tête. J'ai peur loin de vous tous. Chère Maman, que quelqu'un vienne me voir. »

— « Cher Raymond est-ce que tu vas venir me voir ? Si tu viens, habille-toi bien. J'ai peur loin de vous. Apporte un peu d'argent. »

— « Mon vieux Raymond, je suis bien malheureux — j'ai peur de prendre quelque chose de bien grave loin de vous. Viens me voir cher frère. Prie bien pour moi. J'ai peur. »

Il s'agit d'un sentiment d'insécurité allant jusqu'à l'anxiété, réaction à la souffrance, injustifiée parce que trop vive. L'appel sera-t-il entendu ?

La dernière lettre est datée du 27 janvier. Le frère arrive le 1^{er} février à l'Hôpital de B... : la joie parut grande un instant. Mais Raymond M... remarque une profonde transformation « non dans le physique mais dans le moral d'Henri : il avait une sorte de grande crainte, le mal l'avait apeuré et cependant il ne souffrait plus ; il était beaucoup plus affectueux qu'avant ». Néanmoins, cet appel parut au frère « bien exagéré ». Il mit cet affolement sur le compte de l'éloignement, du mal du pays ». La mère s'accusa d'avoir raconté que son mari, le père d'Henri, était mort d'un « transport au cerveau ».

Les céphalées sont explicables de multiples façons, les parésies faciales aussi. Et elles rétrocédèrent.

Henri M..., dix jours après l'arrivée de son frère, était de retour à la maison avec un congé de longue durée.

Les phénomènes psychiques aigus disparurent, la sécurité familiale se renforça. Lorsque le jeune caporal fut hospitalisé, le syndrome neurologique seul retint l'attention, en vue d'une localisation et d'une décision d'ordre chirurgical : on était en avril-mai 1933.

OBS. IV. — Georges G..., 22 ans, est évacué de l'hôpital de Gr.... pour douleurs occipitales, tension du liquide céphalo-rachidien de 40 à l'appareil de Claude en position couchée, 1 lymphocyte par mm³, 0 gr. 40 d'albumine par litre, Wassermann négatif, signes de compression bulbaire dans les mouvements de tête, rémission de quelques jours, début, avril-mai 1932 (M. Guillaume).

A l'entrée, sommeil morbide, signes extrapyramidaux (myoclonies, hypertonie extrapyramidale, tremblements d'attitude), puis somnolence, raideur de la nuque, vomissements, crises toniques (cerebellar fits de Jackson), œdème papillaire.

Mort subite au cours d'une crise tonique.

Vérification : médulloblastome du vermis.

L'étude des commémoratifs nous révèle une suite d'assez gros incidents psychiques qui furent bien observés, mais ne purent être rapportés à leur cause en raison de leur étrangeté même et de l'absence d'orientation neurologique du diagnostic.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir, Georges G..., monteur en chaussures, ne s'était fait remarquer par aucune particularité psychique avant son service militaire. D'intelligence très moyenne, sans débilité, il n'extériorisait pas de perversions et se montrait volontiers sociable. Il ne manifestait aucun désir d'attirer l'attention. Un éthylisme d'occasion est simplement digne de remarque.

Le 28 avril, au bout de huit mois de service, passés sans sanctions importantes, Georges G... va à la visite parce qu'il a la tête un peu lourde, nous dit-il. Dans une salle de pansement, il profite de l'inattention d'un infirmier et avale quelques centimètres cubes de teinture d'iode qui se trouvaient au fond d'un flacon.

Il est hospitalisé aussitôt à M... On apprend que, dans son unité, il est soupçonné d'avoir volé une paire de chaussures. La quantité d'iode avalée peut être évaluée à 15 cc. Un tel ensemble de faits étonne le médecin traitant de l'Hôpital de M..., d'autant plus que Georges G... ne paraît pas être un émotif et qu'il est rapidement mis hors de cause dans l'affaire des chaussures. Le 3 mai, l'état somatique et psychique ne donnant lieu à aucune inquiétude, le sujet sort de l'hôpital et rejoint son corps, laissé à la surveillance de son médecin d'unité.

Les négligences de service deviennent assez fréquentes. Mais aucun signe objectif n'est noté jusqu'au jour où nausées et vomissements font leur apparition, moins de vingt jours après l'incident du flacon de teinture d'iode. Le soir même, le malade se plaint de céphalées dans la région occipitale et il avoue s'être exposé, la veille, au soleil d'avril (ceci se passait en Provence) tête et torse nus, entre onze et treize heures. L'entourage immédiat n'a pas été mis au courant de ses intentions : « Je voulais avoir la peau brune » est la seule réponse obtenue sans autres explications.

Cette fois, c'est sur l'hôpital de Gr... que le sujet est évacué aussitôt, avec sur son billet, à côté des signes fonctionnels relatés, la mention : « A examiner également au point de vue psychique ». On sait la suite.

L'interrogatoire a été possible à l'entrée : le sujet était plongé dans un sommeil morbide d'où il était assez facile de le sortir par des incitations répétées, mais dans lequel, celles-ci cessant, il retombait très vite. Georges G... n'était nullement confus et ses

réponses étaient adaptées ; elles devinrent malheureusement assez vite paucisyllabiques.

Or, nous avons retrouvé, comme phénomène très précoce, et antérieur aux deux incidents relatés plus haut, une absence apparente d'intérêt au monde extérieur avec manque d'initiative spontanée : « Je n'étais pas content, dit Georges G..., tout m'embêtait, on m'engueulait à la Compagnie (les négligences devaient commencer, mais nous n'avons pas de renseignements sur ce point), j'avais le cafard, je buvais en ville, mais c'était plus ça, je n'avais le goût à rien ».

Ce syndrome, sur lequel H. Baruk est revenu à plusieurs reprises dans ses descriptions, s'est extériorisé chez Georges G... par un redoublement d'habitudes éthyliques et des difficultés disciplinaires qui peuvent fort bien avoir orienté les soupçons lorsque se produisit le vol ultérieur. (Ici, nous manquons de précisions, en raison des « libérations » et « mutations » survenues peu après ces incidents).

Y a-t-il eu choc émotif créé par l'accusation ? Celle-ci est suivie d'un geste impulsif semi-conscient, puisque, dans ses grandes lignes, il a persisté dans la mémoire du sujet. Ce dernier nous a spontanément parlé, en effet, au cours de ses réveils, du vol de chaussures ; il a exprimé sa crainte du « Conseil de Guerre » et, sans transition, à propos de l'incident du flacon, il nous a raconté les détails ci-dessus rapportés. A d'autres reprises, par contre, il déclarait ne pas se rappeler, ou évoquait de vagues souvenirs qui pouvaient passer pour des réticences.

En réalité, il s'agissait de manifestations, variables d'un jour à l'autre et dans la même journée, de subconfusion due à l'hypertension intra-cranienne. Comme l'ont écrit plusieurs auteurs, cet état diffère profondément des syndromes confusionnels liés à une localisation pariéto-temporo-occipitale.

Par ailleurs, Georges G... a donné l'impression de ne pas avoir complètement contrôlé ses actes. Ses premiers médecins, surpris, pensèrent un instant au « pithiatisme », étiquette trop commode pour ne pas être appliquée avec une extrême prudence et avec une liberté d'esprit suffisante pour l'abandonner dès qu'un autre diagnostic est vraisemblable ou même possible. Mais ils furent rapidement orientés dans la voie neurologique. Quant à nous, sa réponse fut toujours identique : « Je ne savais pas très bien ce que je faisais, je n'avais pas mes idées, j'avais le cafard ».

Il nous paraît possible de rapprocher cette subconfusion prodromique de l'état dans lequel nous le vîmes aux premières heures de son hospitalisation.

Ces manifestations d'un syndrome d'hypertension intracrânienne allaient s'aggraver de jour en jour.

Nous avons vu qu'à son entrée dans le service de l'un de nous, Georges G... était plongé dans un sommeil presque continu. Il s'agissait d'un sommeil véritable avec respiration ralentie, un peu suspicieuse de temps à autre, avec possibilité de réveil par des incitations répétées : après un temps de latence plus ou moins long, les réponses venaient, le plus souvent bien adaptées, mais l'évocation des souvenirs se déroulait avec une précision très variable. Les signes d'irritation des voies extrapyramidales (myoclonies, hypertonie extrapyramidale, tremblements d'attitude) donnaient toute sa valeur à ce sommeil, ainsi que l'a précisé encore récemment J. Lhermitte.

Puis, après ce retentissement au niveau du III^e ventricule, la poussée néoplasique vermienne déclancha des signes locaux neurologiques et psychiques.

Les nausées, la raideur de la nuque réapparurent, l'œdème papillaire progressa brutalement, les crises toniques annoncèrent la mort subite qui ne se fit pas attendre.

Une somnolence, puis une torpeur profonde avaient remplacé, entre temps, le sommeil pathologique.

*
**

Tels sont les commentaires que nous avons cru devoir développer à propos de ces quatre observations.

Quel est l'intérêt de cet essai de reconstitution de ces troubles mentaux précoces ?

Il n'est guère d'ordre social.

Il semblerait cependant que certains états de subconfusion avec impulsions (favorisées ou non par l'alcool) soient susceptibles d'entraîner à des actes para ou anti-sociaux. Georges G..., par exemple, « décroché », au moins par intermittences, de l'ambiance extérieure, se pliant mal aux règles de la discipline, soupçonné de vol enfin, aurait pu, après ingestion de teinture d'iode, être l'objet, de la part du milieu militaire, d'une réaction toute différente de celle que nous avons relatée.

En réalité, comme le souligne Baruk, il semble bien que l'évolution grave de la maladie ne laisse que très temporairement place à des manifestations anti-sociales : notre quatrième exemple est une nouvelle illustration de cette manière de voir.

C'est dans des évolutions prolongées, analogues à celle de notre première observation, que la question médico-légale pour-

rait atteindre *a priori* son plein développement. Mais, comme l'ont fait remarquer Briand et Brissot (1) dans leur rapport, le déficit intellectuel de ces sujets est plus souvent apparent que réel.

Une non-adaption partielle et transitoire à un milieu déterminé est une manifestation encore plus discrète.

Elle n'échappe cependant pas toujours à l'attention de ce milieu, peut-être par la rupture d'un certain automatisme. Mais sa signification reste obscure.

Henri M..., par exemple, n'a manifesté comme prodromes sociaux que quelques négligences dans ses fonctions de chef de petit poste. Le commandement a été surpris, en raison des antécédents irréprochables, et aucune sanction ne fut prise. Mais on ne pensa à l'examen médical qu'un mois après. Il n'entre dans notre esprit aucune intention de critique : ces cas sont très difficiles à interpréter, même par un médecin. Ces sujets, nous le répétons, ne sont pas des neurasthéniques et ne se plaignent, le cas échéant, qu'à un ou deux êtres de prédilection, « dignes de leurs confidences ».

En somme, ces états n'ont pas eu d'extériorisation sociale bien nette.

Mais voici qui nous paraît plus important.

L'état mental normal a été, dans nos observations, reconstitué *a posteriori* : sans rechercher son étiologie possible, nous constatons son existence dans les commémoratifs lointains.

Nous n'avons que trop peu de faits pour aborder la question de fréquence suivant l'âge ou la nature de la néoplasie.

En définitive, la conclusion suivante ne nous semble pas dépasser le cadre de nos recherches cliniques.

S'il est observé un syndrome mental, même intéressant uniquement la sphère affective, quels que soient les antécédents psychiques du sujet, une place dans les possibilités morbides ultérieures est à réserver à la tumeur cérébrale : celle-ci sera identifiée par les moyens habituels, mais grâce à l'attention apportée à de tels prodromes, d'une façon peut-être plus précoce.

(1) BRIAND et BRISSOT. — La médecine légale des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique. *Comptes rendus des aliénistes et neurologistes*, Paris, juin 1925.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Novembre 1934

Présidence : M. R. MIGNOT, président

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r FRIBOURG-BLANC, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de MM. Pierre MOLLARET et D. LAGACHE, qui prient la Société de remettre à la séance du jeudi 13 décembre la communication dont ils avaient demandé l'inscription à la présente séance : il en est ainsi décidé.

PRÉSENTATIONS

Eschares cutanées barbituriques : Séquelle de la tentative de suicide d'une persécutée, par MM. Paul COURBON et Louis MARS.

L'attention ayant été attirée, ces temps-ci, sur les séquelles cutanées de l'intoxication barbiturique, nous avons cru bien faire de vous présenter une femme qui, six mois après une tentative d'empoisonnement par le gardénal, est encore aujourd'hui

porteur de deux ulcérations : l'une sur la plante du pied gauche, l'autre sur le bord externe du pied droit.

A l'intérêt purement biologique d'ulcérations aussi graves par intoxication gardénalique s'ajoute chez cette femme l'intérêt psychiatrique du déterminisme psychologique de la tentative de suicide dont cette intoxication fut l'effet.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, qui fut trouvée chez elle dans le coma, le 12 mai dernier, ayant absorbé la veille deux tubes de gardénal. On l'hospitalisa à Saint-Louis où on la traita jusqu'à la fin de juillet. Quand elle parut suffisamment rétablie au point de vue physique, on l'évacua sur l'hôpital Henri-Rousselle à cause des idées de persécution qu'elle manifestait. Et le 3 août, elle arrivait à Vaucluse.

On connaît mal ses antécédents. Il faut signaler cependant que son père alcoolique se suicida.

Personnellement, elle semble toujours avoir eu assez mauvais caractère. Elle se brouilla souvent avec sa mère. Elle eut des amants tout en gagnant honorablement sa vie comme papetière. Finalement, elle se maria il y a trois ans avec un ouvrier, débile mental, dont elle ne dit ni bien ni mal et qui est incapable de juger la situation de sa femme. En ces dernières années, ils vivaient dans la misère par suite du chômage.

Elle demeurait depuis de nombreuses années dans le même domicile, ne fréquentant personne, ayant, par-ci, par-là, des algarades avec ses voisins et surtout avec les concierges dont elle subissait depuis 1928 des avanies continuelles.

La femme du concierge dès le début fut son ennemie croyant que son mari était amoureux d'elle, car il avait des prévenances et des sourires pour la malade. « Voilà ta pouffiasse, c'est une guenon, c'est une ordure », disait-elle. Mais le mari ne tarda pas à prendre le parti de son épouse et tous deux lui firent des misères.

Ils lui disaient qu'elle était insupportable, que tous les locataires se plaignaient d'elle. Ils haussaient les épaules, parlaient bas en la regardant, faisaient des gestes méprisants à son adresse, lui lançaient des bobards à son passage. Ils lui donnaient ses lettres avec du retard, disaient aux personnes qui venaient la voir qu'elle était sortie alors qu'elle était chez elle, ou bien indiquaient une autre chambre que la sienne. Ils fermaient avec fracas la fenêtre pendant qu'elle traversait le couloir. Les rencontres étaient prétextes à gestes de défi et à injures. La concierge disait que la malade faisait la putain place de la République. Elle envoyait des hommes pendant la nuit frapper à sa porte pour pouvoir rapporter ensuite au propriétaire qu'elle se prostituait. Ce fut le cas pour un voisin auquel elle n'ouvrit pas, et qui s'excusa du dehors en disant qu'il s'était trompé.

Ils la taquinaient, mettaient dans sa serrure de vieux tickets de métro, etc...

Dans la rue, la concierge la suivait ou la faisait suivre. Dans la personne d'un jeune homme qui l'accosta sur le trottoir et dont elle repoussa les propositions, la malade reconnut un visiteur entrevu une fois dans la loge.

Un soir, au cinéma, des jeunes gens derrière elle rirent en la regardant et l'insultant. Elle se plaignit à l'ouvreuse qui la fit changer de place. Alors, ces individus lui lancèrent des boulettes de papier. Elle alla trouver le patron du cinéma qui lui donna raison et vint menacer d'expulsion les mauvais plaisants. Ils se tinrent tranquilles. Mais elle reconnut au milieu d'eux un vieillard qui venait souvent chez les concierges.

Ceux-ci la suivaient en la narguant, même quand elle allait au W.-C. Une fois, le concierge la frappa. Ils voulurent la brouiller avec son mari. Sur des lettres anonymes adressées contre elle, à ce dernier, elle reconnut l'écriture du concierge qui lui avait envoyé jadis une note à propos d'un robinet à gaz. Le mari crut les accusations, devint jaloux de sa femme et se mit à l'espionner à son tour.

Un soir de mai 1932, elle avait rendez-vous avec son mari qui devait leur prendre deux places pour l'Opéra. Mais elle eut une si vive discussion avec les concierges que, dégoûtée, elle renonça au théâtre et quitta le domicile. Le mari ne la voyant pas venir rendit ses billets et revint inquiet à la maison où il trouva à son adresse une lettre d'adieu et l'annonce d'un suicide. Il fit des recherches toute la nuit dans les commissariats. Et le lendemain son épouse rentrait au logis, ayant tout simplement passé la nuit chez sa sœur. Ces émotions ne ralentirent pas la méchanceté des concierges, car le lendemain de ce jour le ménage persécuté constatait en se réveillant une forte odeur de gaz. Et il entendit la concierge qui disait que le gaz était resté ouvert toute la nuit dans l'escalier. A ce moment-là, la malade assigna les concierges devant le juge de paix, ce qui coûta une grande perte de temps et d'argent.

A tous ces ennuis s'ajouta la crise économique. Elle trouvait difficilement du travail. Elle était malade physiquement, car elle a toujours été de santé fragile. Son mari tuberculeux était en traitement dans un sanatorium. C'est alors qu'elle fut appelée devant le juge de paix. Les témoins qu'elle avait cités ne vinrent pas. Le juge donna raison aux concierges qui la traitèrent d'ourse sans qu'il les en ait blâmés. C'était le 11 mai dernier.

Le soir, elle rentra chez sa mère..., désolée. Elle passa la journée suivante dans son propre domicile et le lendemain décida de mettre fin à ses jours. C'était dans l'après-midi. Elle écrivit une lettre d'adieu pour son mari, puis appelant une petite gamine qui habitait sur le même palier lui remit les clefs de sa chambre avec mission de les porter immédiatement chez sa mère qui demeurerait à cent mètres et de lui dire que sa fille la réclamait d'urgence. Puis elle rentra chez elle, attendit pendant environ trois heures, puis avala deux tubes de

gardénal et se coucha. Mais l'enfant dont la propre mère était malade ne s'acquitta de la mission que le lendemain. Et la destinataire ne connut l'appel de la désespérée qu'en apprenant en même temps son transfert à l'hôpital.

Elle se retrouva trois jours plus tard à Saint-Louis traitée par des sinapismes sur le dos, souffrant de la tête et de nausées, ayant les pieds dans des pansements.

A son arrivée à Vaucluse, elle était anémiée, amaigrie, extrêmement faible. On dut prolonger l'alitement, la suralimentation et appliquer une médication reconstituante prolongée.

Elle avait au pied gauche, sur la plante, en dessous de la moitié externe du talon, une ulcération de 5 cm. sur 3 cm., et au pied droit, le long du bord externe, une ulcération de 6 cm. sur 2 cm.

Maintenant, elle a recouvré un embonpoint normal. Mais ses ulcérations ne sont pas encore complètement réparées.

Quant au délire il est toujours le même. Elle ne s'est liée avec personne à l'asile, travaille correctement, mais est solitaire et susceptible. Elle se révèle paranoïaque avérée et tout autant débile mentale. Le récit de son passé est touffu, naïvement rapporté, coupé d'incidentes inopportunes.

En somme, il s'agit d'une délirante paranoïaque qui, lasse de lutter contre ses persécuteurs, essaya de mettre fin à ses jours en absorbant 4 gr. de gardénal et fut sauvée de cet empoisonnement, mais au prix de deux profondes escharres cutanées dont la cicatrisation n'est pas terminée au bout de 6 mois.

I. — L'intérêt psychiatrique de cette observation réside dans certaines particularités des interprétations et dans les conditions du suicide.

1. Les interprétations tendant à démontrer la malveillance de l'entourage ne sont pas toutes délirantes.

Certaines semblent bien n'être que l'expression de la vérité. La scène du cinéma où elle fut en butte aux taquineries de spectateurs mal élevés. Les mauvais propos tenus sur elle par les concierges également. Ainsi que l'a montré l'un de nous, d'une part il est parfois dans la vie de mauvais plaisants (1) qui persécutent réellement d'inoffensifs voisins ; d'autre part, la conduite agressive des psychopathes provoque parfois l'hostilité réelle des gens qui eurent à en souffrir (2). On a alors à faire à de faux délires.

(1) COURBON. — Le ridicule et la folie (*Revue de psychiatrie*, 1914).

(2) COURBON. — Les faux délires (*Annales médico-psychologiques*, 1926, tome 2), et COURBON et LECONTE : Les idées de persécution dans la manie (*Annales médico-psychologiques*, 1934, tome 1).

Mais, ici, les griefs justifiés sont bien rares à côté de la multitude d'accusations sans vraisemblance. D'ailleurs, à l'asile, la conduite a été celle d'une paranoïaque.

2. La tentative de suicide a été très sérieuse. La dose de gardénal était considérable s'il est vrai qu'elle fut de deux tubes. En tous cas, elle faillit entraîner la mort.

Il est à noter cependant que deux ans plus tôt la malade avait simulé une tentative de suicide, lorsqu'elle disparut de son domicile en laissant à son mari une lettre pour lui dire qu'elle allait se tuer. Il faut noter également qu'avant d'avaler son gardénal la malade avait donné mission de porter immédiatement à sa mère la demande d'accourir d'urgence et qu'elle avoue avoir hésité pendant trois heures avant de boire. Un obstacle qu'elle n'avait pas prévu parce qu'elle est débile mentale empêcha le message d'arriver à la destinataire.

On peut donc se demander si la malade avait réellement l'intention de se suicider, si son geste eut pour cause réelle le désir de mourir ou si, au contraire, il eût pour cause le dépit de voir que sa mère ne s'inquiétait pas de son appel.

Dans ce dernier cas, il s'agirait d'un suicide par dépit, comme l'un de nous en a rapporté plusieurs exemples (1).

Dans le cas précédent, il s'agirait d'un suicide mélancolique. Il ne faut point en effet se hâter de croire à l'insincérité des malades qui n'exécutent pas immédiatement l'intention qu'ils expriment de mettre fin à leurs jours. Comme y a insisté l'un de nous (2), le suicide des anxieux les plus authentiques peut être précédé de tergiversations.

II. — L'intérêt biologique de notre observation réside dans le fait qu'il est très rare (3) que des ulcérations cutanées soient la conséquence d'un empoisonnement par les barbituriques.

Laederich et Mme J. Bernard, Villaret, Bith et Desoille, Paul Sainton en ont signalé. Et Coste et Bolgert ont publié des cas où ces ulcérations siégeaient comme chez notre malade sous la plante d'un pied et sur le bord externe de l'autre, c'est-à-dire en des points où le corps n'exerçait aucune pression sur le lit.

(1) COURBON. — Pseudo-suicide par dépit (*Annales médico-psychologiques*, 1931, tome 2). — COURBON et MAGNAN (Soc. Clinique de Médecine mentale, mars 1927).

(2) COURBON. — La psycho-physiologie du suicide (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1934).

(3) CARRIÈRE, HURIEZ et VILLOQUET. — Barbiturisme aigu (*Gazette des Hôpitaux*, 28 avril 1934). — FLANDIN, BERNARD et JOLY. — *L'intoxication par les somnifères*, 1 vol., Doin, Paris, 1934.

M. RAYNEAU. — J'ai vu une éruption scarlatiniforme apparaître chez une mélancolique à la suite de l'absorption d'une dose de gardénal un peu plus forte que d'habitude, pour calmer l'anxiété. L'éruption dura 15 jours, et fut suivie d'un prurit intense.

M. MARCHAND. — C'est exceptionnel que l'intoxication gardénalique donne des ulcérations. Nous voyons sur cette femme des cicatrices qui peuvent être attribuées aussi bien à des brûlures par les bouillottes d'eau chaude appliquées pour la réchauffer, tandis qu'elle était dans le coma, qu'à des nécroses toxiques.

M. MARESCAL. — Je crois que très souvent les anxieux hésitent à se donner la mort, quoique la désirant. Ils ont une conduite contradictoire, qui paraît ambivalente et qui n'est pas due à l'insincérité. Tel est le cas du catholique anxieux qui va se confesser avant de se suicider. L'anxieux cherche à se raccrocher à la vie tout en la fuyant. En Angleterre, si le condamné à la potence n'est pas mort après la troisième pendaison, on lui fait grâce, comme si ce triple échec était l'expression d'un jugement de Dieu. L'anxieux, tout en se suicidant, escompte lui aussi un jugement de Dieu.

M. COURBON. — Le diagnostic d'ulcération toxique fut fait par les observateurs de l'hôpital St-Louis qui le signalèrent dans leur certificat de transfert.

Il est vrai que le suicide peut être la conséquence non voulue d'un chantage resté sans effet. Une héroïne de Brioux ayant annoncé qu'elle se jetterait du Pont-Neuf dans la Seine à 3 heures, ne voyant venir personne pour l'en empêcher, se précipita à l'eau de dépit à 5 heures, alors que, trompés par le chiffre, les invités accouraient heureusement assez tôt pour la repêcher. La fable est vraisemblable. Mais il est aussi vrai, que les anxieux les plus authentiques, comme les malades de M. Mareschal, peuvent tergiverser longtemps. Dans un article sur la psychophysiologie du suicide, paru dans le numéro précédent des *Annales*, je cite une anxieuse prise pour une pathomime, dont la volonté de mort est certaine.

Il y a donc contradiction à déclarer que le suicide est toujours de nature anxieuse est à affirmer en même temps qu'il est un choix volontaire.

Maladie d'Alzheimer ou ramollissement sylvien partiel ?

par MM. P. GUIRAUD et N. AGADJANIAN.

Mme C. P., âgée de 64 ans, entre dans le service le 11 août. Début de la maladie il y a environ 6 mois. Sans ictus, ni paralysie d'aucune sorte, progressivement et rapidement, la malade s'affaiblit au point de vue intellectuel, devient indifférente, parle d'une façon inintelligible, ne reconnaît plus l'entourage ; elle se perd dans les rues et ne retrouve plus sa maison.

A son entrée :

1) *Improductivité mentale presque absolue.* La malade couchée dans son lit ne regarde même pas ce qui l'entoure, ne demande rien, n'essaye pas de se faire comprendre, subit les soins, tantôt avec une indifférence souriante, tantôt avec une irritabilité turbulente. L'inattention est complète, la malade paraît inconsciente de son état et indifférente à ce qui l'entoure.

2) *Troubles du langage et des rapports avec le monde extérieur.* Par la méthode de l'interrogatoire, l'examen ne donne aucun résultat. La malade reste incapable de reconnaître et de nommer les objets usuels qu'on lui présente.

Elle dit : pour une pièce de 20 fr., c'est des sous ; une bague, c'est de l'or, mais ne reconnaît pas une gomme, un pot de fleurs, un pot de colle, une montre, etc. Les résultats de cette recherche sont variables suivant les jours.

Cette agnosie semble, même plus accentuée, pour les parties du corps de la malade elle-même.

Elle n'exécute que l'ordre : donnez-moi la main, mais reste incapable de désigner son nez, ses oreilles, ses yeux, alors que, dans les bonnes périodes, elle peut reconnaître le nez, les oreilles et yeux de son interlocuteur. Une excitation assez intense est parfois capable de faire apparaître un nom qu'elle ne peut évoquer dans les circonstances normales.

Si on tire un peu fort son nez ou son oreille, la malade peut dire parfois : oh ! mon oreille. Oh ! mon neznez.

La reconnaissance des objets par le toucher seul est aussi défectueuse que la reconnaissance par la vue. De rares objets peuvent être identifiés de cette manière.

D'ordinaire, quand l'objet est reconnu, il peut être nommé ; mais parfois des objets sont reconnus, ils peuvent être utilisés par la malade sans qu'elle en trouve le nom (cuiller, fourchette, assiette, par exemple). Le trouble aphasique déborde sur l'agnosie, mais la malade paraît essentiellement plus agnosique qu'aphasique.

L'exécution des ordres simples est très défectueuse, la malade obéit quand nous lui demandons de lever les yeux ou de donner la main, mais elle est incapable d'exécuter ou comprendre les ordres

tels que : levez-vous, couchez-vous, touchez votre nez. Elle est également incapable d'imiter les actes simples exécutés devant elle, preuve que non seulement elle ne comprend pas, mais que même quand elle voit, elle ne peut réaliser l'acte. Elle ne peut ainsi imiter le signe de la croix, le salut militaire, ne peut couper du papier, reproduire des positions simples des doigts exécutées devant elle.

Dans certains cas, les objets en mains, les tentatives sont plus heureuses ; elle arrive, ayant reçu une boîte d'allumettes, à retirer une allumette et à l'allumer. La bonne volonté et un certain degré d'effort sont évidents, mais les gestes réalisés sont amorphes, improductifs et n'imitent que peu le modèle donné. Dès que l'acte sollicité devient complexe, on se heurte à une capacité absolue, dégénérant rapidement en inattention. Mme P. C. est absolument incapable d'allumer une bougie ou une cigarette, etc...

Cet ensemble agnoso-aphaso-apraxique nous empêche d'ébaucher même un examen des souvenirs de la malade. Elle ne sait même pas son nom, répondant qu'elle est Juliette, sans pouvoir évoquer le nom de son père ou de son mari.

Les corollaires du syndrome agnoso-aphaso-apraxique sont très nets. La fatigabilité mentale interdit l'examen au delà de quelques minutes, l'inattention est constante. L'intoxication par le mot est fréquente. La persévération véritable s'observe assez souvent : quand la malade serre la main, il lui arrive de serrer à plusieurs reprises et de ne pas enlever sa main.

3) *Logoclonies*. Ce symptôme n'est apparu que quelque temps après l'entrée de la malade dans le service. Nous ne l'avons jamais observé aussi nettement chez un malade atteint de maladie d'Alzheimer.

Ces logoclonies décrites par Kræpelin dans la paralysie générale comme de simples répétitions syllabiques, présentent un certain nombre de caractères permettant, à notre avis, de considérer ce symptôme comme une palilalie syllabique.

a) La logoclonie n'apparaît plutôt qu'à la fin des courtes phrases prononcées par la malade.

b) Elle est tachyphémique, les répétitions étant de plus en plus rapides.

c) Elle tend vers l'aphonie, l'articulation perdant de sa vigueur, de sa netteté, la phrase se continuant par un murmure indistinct et finalement par des mouvements de lèvres aphones.

Il est curieux de constater que ces répétitions sont syllabiques presque exclusivement.

En voici quelques exemples :

D. — Qu'est-ce que c'est (un crayon) ?

R. — C'est chaud ce ce ce ce...

D. — A quoi cela sert (un portefeuille) ?

R. — C'est ce ce ce ce sac sac sac..., à boire pour ma fafafamille, des photototototo.

D. — Qu'est-ce donc (une cigarette) ?

R. — O cececece chaud tetetetatac (la prend et se brûle).

D. — Que faites-vous ?

R. — J'ai vu une femme hier, une fafafemme, partitititototo.

D. — Dites-nous votre nom ?

R. — Juliette, des cours dedede. Tout cela est partititititi. Je connais la dadadame qui est entrée tototo.

D. — Comment vous appelez-vous donc ?

R. — Je ne me rarappellepellepellepelle pas. Qu'est-ce que c'est que ces photototo là. Qui a fait ces peintures, tures, tures ?

D. — Répondez-moi enfin.

R. — Ne me faites pas peur, tototola ; la voix devient basse, puis indistincte et on entend par bribes toto... totola.

D. — Que dites-vous ?

R. — Je cause toute seule, totola, toto. Il y a la la la cour, cour. Il m'a trouvé tout cela, tout, tout, lala. Je croyais tomber dans ce four, fourneau toto la (à voix basse reprend le même propos). C'est en feferme tete lala. Saloperie nerierierie. A voix basse, continue à marmotter : tototola.

Se lève, tout d'un coup, pour dire : Il va fort, fort, fort, le manger est lalalala.

4) *Désorientation.* Par désorientation nous n'entendons pas : l'incapacité de localiser dans le temps et l'espace qui est étudiée d'ordinaire chez les malades mentaux. Notre malade est incapable de renseigner sur la date ou le lieu dans lesquels elle se trouve. Sa désorientation s'étend à l'espace immédiat, à la place de son lit, à la place des watters, aux portes d'entrée de la salle, aux objets environnants. On peut dire que la malade se comporte comme une aveugle, mais ne heurte pas les objets. Pour manger on lui met son couvert et fourchette en mains, elle atteint à peine son verre de lait.

5) *Activité persévératrice improductive.* Livrée à elle-même, Mme P. C. n'est pas inactive, elle passe des journées entières à froisser et défroisser son drap de lit, à remonter sa couverture avec une certaine expression de gêne, d'inquiétude, comme si elle réalisait un travail difficile, dont on ne peut venir à bout. Ce phénomène n'est pas une itération véritable, mais la permanence d'une tendance, d'une activité ne pouvant se réaliser. Tout acte primitivement intentionnel ou commandé dégénère bientôt sous forme de persévération praxique improductive. Après examen, nous ramenons la malade à son lit, lui disant de se déshabiller. Elle se met à manier ses vêtements en tous sens, enlève sa camisole, se perd dedans et continue indéfiniment ses tentatives sans résultats. Un quart d'heure après est dans la même situation et ne sait si elle s'habille ou se déshabille. On est obligé d'intervenir pour la mettre au lit.

6) *Persistence de la mimique et de l'émotivité.* L'aspect perpétuellement souriant et aimable de la malade permet de penser à la simple inspection à la presbyophrénie.

La mimique est naturelle, l'articulation verbale est bonne, si les logoclonies ne l'entravent pas.

L'émotivité et irritabilité persistent pour les émotions inférieures. La turbulence nocturne est fréquente. Mais la malade est aimable, ne se fâche même pas si on la taquine, ce qui prouve qu'elle est capable de sentir qu'on ne lui dit pas sérieusement qu'elle est « une voleuse ».

7) *Examen physique.* — Hypertonie des membres inférieurs. Réflexes tendineux normaux. Pas de signes d'atteinte pyramidale, ni de troubles grossiers de la sensibilité.

Pupilles égales, réagissant bien à la lumière, opacités cornéennes aux deux yeux.

Nerfs craniens, rien à signaler.

Rien de saillant à l'examen des viscères. T.A. 15/9.

La malade a fait le 4 novembre une crise épileptiforme avec chute et convulsions, qui a disparu en quelques minutes sans séquelles.

Ce tableau clinique ne semble pas prêter à hésitation au point de vue du diagnostic, on pense immédiatement à la maladie d'Alzheimer. La seule objection serait la possibilité d'une maladie de Pick. On connaît la parenté clinique de ces deux syndromes, mais la netteté du symptôme logoclonies, fréquente dans l'Alzheimer, rare dans le Pick, est un argument important en faveur de la maladie d'Alzheimer.

La question se complique un peu par l'analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0 gr. 20 ; Pandy, 0 ; Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 1,4 (quelques globules rouges) ; réaction benjoin, 00000.00210.00000 ; réaction Meinicke, réaction Bordet-Wassermann, négatives.

Sang : réaction Bordet-Wassermann partiellement positive ; Meinicke, Kahn, positives.

La malade est donc syphilitique. Mais il est fort possible qu'un sujet puisse être atteint de spécificité et de maladie d'Alzheimer. On en a cité quelques cas.

Mais, d'autre part, on peut se demander aussi si un foyer de ramollissement cérébral n'est pas capable de réaliser un syndrome ressemblant à s'y méprendre à la maladie d'Alzheimer. Cette dernière se caractérisant, en effet, par la prédominance des symptômes d'aphaso-agnoso-apraxie.

Ce foyer de ramollissement devrait être situé à gauche et constituer un ensemble aphaso-agnoso-apraxique sans hémiplégie.

Il suffit de se rapporter à la thèse de Maurice-Lévy, qui étudie

avec précision toutes les formes de ramollissements sylviens, pour constater que seuls les ramollissements temporo-pli courbe, et pariéto-pli courbe peuvent être retenus. Dans le premier de ces cas on observe : une aphasie Wernicke, hémianopsie et apraxie idéatoire. Dans le ramollissement pariéto-pli courbe, il y a : aphasie de Wernicke, apraxie idéo-motrice bilatérale et hémianopsie.

Nous avons recherché l'hémianopsie chez notre malade, mais cette recherche a montré immédiatement la différence, entre le syndrome Alzheimer-Pick d'une part, et les ramollissements sylviens localisés d'autre part :

La démence des malades Alzheimer-Pick est tellement accentuée que la recherche de l'hémianopsie est impraticable. On a bien l'impression, d'après son comportement, que notre malade voit bien des deux côtés, mais elle ne peut se prêter à un examen précis.

Ce qui prouve déjà qu'elle est plus démente que les malades atteints de ramollissements.

A la lecture des observations de ramollissements sylviens partiels, même quand la gravité des troubles mentaux est signalée, on voit que les malades se rendent compte de leur état, se prêtent avec compréhension à l'examen, peuvent subir les épreuves telles que : « Mettre le petit doigt de la main droite sur l'oreille gauche. » Commencer l'exécution de l'épreuve des trois papiers, etc.

Nos malades sont beaucoup plus déments, l'atteinte aphaso-agnoso-apraxique ne constitue qu'une partie du syndrome et, à notre avis, ce n'est pas la plus importante. Guiraud et Caron ont insisté sur l'importance, à propos de la maladie de Pick, de la perte du stock des idées et souvenirs, le rétrécissement de la vie mentale à quelques idées, sur la méconnaissance de la maladie, l'indifférence ; caractères que l'on ne retrouve pas dans les ramollissements même accompagnés de sclérose diffuse. La question de la démence et de l'aphasie a provoqué de nombreuses discussions à l'époque déjà lointaine où Pierre Marie a exposé ses idées. Les aliénistes ont toujours soutenu que la démence était cliniquement différenciable de l'aphasie, même compliquée d'agnosie et apraxie ; qu'on pouvait de plus, chez le même malade, se rendre compte et de la démence et de l'aphasie si les deux déficits coexistent. On trouvera toute l'argumentation dans la thèse Brissot.

Dans le cas que nous présentons, nous croyons que la maladie est surtout démente, et accessoirement aphaso-agnoso-apraxique.

C'est la gravité de cette démence, d'évolution plus rapide et de

caractère plus profond que les démences séniles habituelles, qui nous permet d'éliminer l'hypothèse d'une lésion en foyer. L'absence d'ictus au début est également un argument important; la crise épileptiforme récente, qui n'est pas exceptionnelle dans le mal d'Alzheimer, s'explique aisément par la sclérose névroglique diffuse que l'on observe dans ces cas.

La comparaison de la présentation clinique de l'aphasique, même compliqué d'agnosie et apraxie, et d'un malade atteint de la maladie de Pick, nous montre quelles peuvent être les différences des manifestations cliniques réalisées d'une part par une destruction localisée de l'écorce cérébrale (même accompagnée de lésions diffuses artério-scléreuses) et d'autre part par l'atrophie cellulaire globale des maladies d'Alzheimer et de Pick (même si cette atrophie prédomine macroscopiquement dans certaines régions corticales).

M. MARCHAND. — Je pense que cette malade est bien atteinte d'un syndrome d'Alzheimer. Elle me rappelle un cas bien ancien à propos duquel je fis une erreur de diagnostic. Il y a une trentaine d'années, j'examinai à l'asile de Bailleul une malade présentant le même syndrome que celle de M. Guiraud. Je posai le diagnostic de démence organique avec aphasie sensorielle et prévis mon interne qu'à l'autopsie on trouverait des foyers de ramollissement dans la zone de Wernicke. Or, à l'autopsie de la malade, il n'existait aucune lésion localisée, mais une atrophie diffuse du cerveau avec des ventricules latéraux très dilatés. Les lobes temporaux, en particulier, n'avaient plus qu'une épaisseur d'un centimètre. Depuis, j'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas semblables qui rentrent dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Dans le cas actuel, les réactions sanguines sont positives et on peut se demander si l'atrophie cérébrale diffuse n'est pas conditionnée par des lésions scléreuses des petits vaisseaux intracérébraux, comme le fait a été signalé dans le syndrome d'Alzheimer.

M. GUIRAUD. — C'est sur le caractère psychologique distinctif entre les atrophies cérébrales et les lésions en foyers du cerveau que nous voulons insister. Il y a dans les premières une démence qui se surajoute à l'aphasie, à l'agnosie, à l'apraxie. Cette démence n'existe pas dans les secondes.

Contrairement à M. Marchand, je crois que dans les atrophies cérébrales diffuses, c'est l'atteinte de la cellule nerveuse qui est primitive. Il peut ne pas y avoir de lésion vasculaire. On n'a pas de pleurer spasmodique, pas de paralysie dans ces atrophies.

Syndrome pré-sénile, endocrinien et cérébral,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et R.-A. SCHWOB.

La littérature offre peu d'observations dans lesquelles coexistent, chez le même sujet pré-sénile, également marqués, un syndrome d'insuffisance endocrinienne et un syndrome d'affaiblissement cérébral. Cette rareté tient peut-être à la divergence des points de vue sous lesquels on envisage en clinique les deux syndromes.

Mme Joséphine P... est âgée de 67 ans. L'on ignore ses antécédents héréditaires et collatéraux. Aucun antécédent personnel notable, selon son entourage. D'un ménage irrégulier, elle a mis au monde 6 enfants : une fille bien portante, un fils engagé aux bataillons d'Afrique, un fils marié sans enfant, d'allure débile, et trois enfants morts en bas-âge, dont deux dans le premier mois et un prématuré à la naissance. Elle s'était toujours comportée comme une personne normale, savait lire et écrire, travaillait régulièrement, dans sa jeunesse, dans un atelier de filature, depuis la cinquantaine en ménages. Règles normales jusqu'à la ménopause.

A cette époque sont apparus progressivement les troubles endocriniens. Les cheveux sont tombés d'abord en avant, puis sur les tempes, enfin en arrière ; puis les poils des aisselles et du pubis. La peau de la face s'est pigmentée ; le cuir chevelu, dénudé, est devenu écailleux.

Intégrité intellectuelle jusqu'au début de 1934. Le caractère subit alors des modifications légères : la malade devient méfiante, cache son porte-monnaie ; parfois, elle fond en larmes sans motif. L'activité diminue : Mme P... cesse de faire les ménages de ses clientes et même le sien propre ; elle demeure inactive, étendue tout le jour. Puis, elle se livre à des fugues impulsives, déjà marquées du cachet démentiel : elle sort avec précipitation, gagne en courant les bois les plus proches, ramasse fébrilement des brindilles et allume des feux, manquant ainsi provoquer des incendies. Ou bien elle achète inconsidérément à crédit.

Le déficit psychique, au printemps, apparaît dans l'intervalle même des réactions : la malade oublie les cachettes où elle a déposé son porte-monnaie ; certains jours, elle ne trouve plus ses mots. Elle présente des colères véhémentes et prolongées quand on la prive de tabac. A l'automne, elle tombe dans la rue : fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche qu'elle néglige de soigner. On se résout à la conduire à l'Hôpital, surtout parce qu'elle devient totalement aphasique et s'agite la nuit.

Elle entre au pavillon psychiatrique de la Pitié le 13 septembre dernier, trop turbulente pour demeurer dans une salle de chirurgie. L'exci-

tation n'a guère cessé depuis lors, d'abord nocturne d'allure onirique, puis diurne d'allure hypomaniaque ou moriatique. Le déficit a subi les oscillations suivantes : le stock des souvenirs diminue progressivement, de même le stock des connaissances didactiques, apprécié à intervalles réguliers par les mêmes tests ; au début, le trouble le plus apparent était l'apraxie, le langage restait correct et adapté, la malade reconnaissait les objets, mais ne savait s'en servir ; puis l'apraxie a disparu ; la malade au contraire a cessé de reconnaître les objets, demeurant capable de définir leur usage par des phrases correctes ; puis, cette aphasie a diminué transitoirement, pour se réinstaller sous la forme qu'elle présente actuellement.

Notre malade nous apparaît alternativement sous deux aspects : ou bien véhémence, s'opposant à l'examen, aux soins ou même à l'alimentation, proférant, sinon par la parole perturbée, au moins par une mimique et une gesticulation vives, nuancées et non équivoques, des menaces de coups de poing, de pied et de couteau, envoyant volontiers son couvert à la tête du personnel ; ou bien euphorique, joviale, saluant avec de larges révérences, éclatant de rire à tous les propos qu'on tient devant elle, ne se faisant nullement prier pour exécuter un pas de danse.

Elle parcourt sans arrêt sa chambre, souvent parle seule. Elle prête attention à ses interlocuteurs, approuve de la tête et de la main même quand elle comprend imparfaitement. Volontiers, elle regarde « en dessous », envoie des œillades, fait des moues maniérées. Le regard étincelle. La mimique est rapide, excessive comme celle des hypomaniaques, adaptée dans l'ensemble. On observe toutefois une ébauche de confusion du sourire et du pleurer, l'orbiculaire palpébral inférieur et le triangulaire se contractent simultanément dans les deux expressions.

Le langage est grevé de perturbations profondes. On se convainc toutefois que la malade ne présente ni anarthrie, ni dysarthrie. D'autre part, elle exécute les ordres parlés et écrits : tirez la langue, fermez les yeux, etc...

Les troubles portent sur le vocabulaire. Spontanément la malade bavarde ; le débit accéléré s'exprime en un dialecte jargonaphasique. Son jargon reste néanmoins intelligible, car elle le souligne d'une gesticulation et d'une mimique des plus expressives ; l'intonation est conservée, de même la ponctuation, la syntaxe générale, les interjections, les articles, les conjonctions, quelques adverbes et adjectifs ; les verbes et substantifs sont remplacés par des néologismes, comptant le même nombre de syllabes que le mot attendu, et lui empruntant une ou plusieurs consonnes. Quand Joséphine répond à une question, elle n'utilise pas d'ordinaire les mots rappelés par la question ; mais le mouvement, l'intonation de la réponse jargonaphasique permettent habituellement de la comprendre. Absence permanente de palilalie et d'écholalie.

Elle ne peut nommer aucun objet présenté ; elle le définit, en son jargon, par l'usage, et surtout montre son usage par le geste. Exemples : *crayon* : « C'en est un qui mange le voisin, par-là et par-là. » (montre les extrémités) ; on lui demande d'écrire, elle mouille le crayon et griffonne ; *timbale* : « C'est une cuve, on va boire un verre. » (fait le geste spontanément de lever le coude) ; *brosse à dents* : « C'est un machin qui est bien gentil, c'est pour détiquer les tiques. » (elle se brosse vigoureusement les dents), etc... Le trouble de l'étiquetage verbal des objets est si prédominant chez notre malade qu'il lui arrive de réclamer correctement un mouchoir, et de ne plus pouvoir le nommer quand elle l'a obtenu et se mouche.

Trouble essentiellement d'« étiquetage verbal », car Mme P... reconnaît parfaitement dans une série l'objet qu'elle ne peut nommer (crayon, brosse à dents, etc...), et le choisit sur demande. La lecture est correcte, mais lente, la malade comprend assez difficilement le sens de ce qu'elle a lu. Graphisme parfait, mais écriture jargonagraphe, plus inintelligible que le langage ; priée d'écrire, par exemple, son nom, Joséphine P..., elle écrit : « Gabri Cayrier Mamure Ceux Saunier 1 gapor pour poubyor. » Calcul impossible à obtenir, même l'addition 3 plus 2, oralement comme par écrit. Au contraire, elle reconnaît et compte la monnaie. La mémoire musicale est conservée.

Absence d'apraxie. Epreuve des trois commissions correcte.

Déficit mnésique considérable. La malade sait son nom, son âge, énumère les mois de l'année, situe ainsi la guerre : « en 14, bien dur à l'instant même. » Mais elle apparaît totalement désorientée dans le temps et l'espace : « Nous sommes, tous à la fois, en l'année 40, ou 60, ou 70. » Les souvenirs de la vie passée semblent avoir entièrement disparu : elle croit avoir encore son père et sa mère, tous deux décédés avant 1900 ; elle a oublié le nombre de ses enfants, elle croit en avoir mis au monde tantôt 5, tantôt 40 ; elle en nomme deux : Désiré et Joseph, prénoms d'ailleurs inexacts. Elle supplée à son amnésie par une fabulation discrète, portant exclusivement sur les faits anciens, elle se rappelle au contraire l'emploi de ses dernières journées.

De ce déficit considérable la malade semble inconsciente ; elle rit de sa difficulté à nommer des objets, comme si on lui proposait un jeu de société. Elle ne manifeste aucune affectivité à l'égard des siens, qu'elle reconnaît bien d'ailleurs. Elle n'extériorise ni anxiété, ni onirisme, mais présente des colères véhémentes et interminables. Appétit capricieux, sommeil satisfaisant, absence de gâtisme et d'incontinence.

Examen neurologique négatif. Force musculaire et sensibilité conservées. Pupilles régulières, un peu étroites, réagissant bien ; absence de gérontoxon. Réflexes tendineux normaux et symétriques. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Réflexes de posture normaux.

Cœur normal à l'auscultation. Tension artérielle : 17/9 (Pachon). Réactions oculo-cardiaque et solaires nulles, qui sont demeurées nulles à tous les examens.

Un examen ophtalmologique a été pratiqué, qui a montré un fond d'œil normal à droite, le fond d'œil gauche demeurant invisible, par suite de l'opacification du cristallin. Nous avons demandé dix radiographies du crâne, face et profil, qui ne révèlent aucune anomalie.

La morphologie de la malade montre des perturbations endocriniennes évidentes. La chevelure se réduit à quelques cheveux isolés, blancs, longs et forts, implantés sur l'occiput. Les sourcils, le pubis et les aisselles sont absolument glabres. Le cuir chevelu est écailleux, la face pigmentée. Nez écrasé, fissures péri-labiales, légère bouffissure de la paupière inférieure. Absence de stigmates dégénératifs. Le faciès évoque l'idée d'une insuffisance thyroïdienne.

L'agitation de la malade a fait obstacle à la mesure du métabolisme basal. L'interférométrie donne les chiffres suivants : hypophyse : 8,5 (normal) ; thyroïde : 14,8 (normale : 14), cortico-surrénale : 9,3 (normale : 8,9), médullo-surrénale : 10,9 (normale : 7,8), glande génitale : 7,8 (normale : 8,5) ; bref, trouble essentiellement médullo-surrénal, vraisemblablement par déficience.

Nous avons pratiqué l'épreuve à l'hypophyse postérieure : injection d'une ampoule d'extrait hypophysaire postérieur :

	Pouls	T. art.
Avant l'injection	92	17/9
15 minutes après	96	16/8,5
30 minutes après	84	15/7
45 minutes après	82	15/6
60 minutes après	84	15/6,5

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative. Glycémie : 1 gr. 12. Urée sanguine : 0 gr. 30. Réaction de Wassermann négative dans le sang. Liquide céphalo-rachidien normal : albumine : 0 gr. 22; 1,2 lymphocyte.

Les troubles psychiques présentés par cette malade consistent en somme en excitation du type hypomaniaque ou moriatique, aphasia limitée à l'étiquetage verbal des objets, comme dans l'aphasia amnésique de Pitres, amnésie importante. Notre malade n'est pas une démente sénile, ni une lacunaire, ni une presbyophrénique banale ; ses troubles sont trop localisés. D'autre part, ils sont apparus progressivement, et aucun élément de la symptomatologie n'autorise à les rattacher à une lésion focale. Ils rappellent à la fois la maladie d'Alzheimer et la maladie de

Pick : la moria, la prédominance des troubles aphasiques rapprochent notre cas des aspects du début, *expansifs*, de cette dernière affection.

On pourrait rattacher l'ensemble des troubles à la sclérose pré-sénile, sclérose qui s'est exercée successivement sur deux glandes endocrines au moins (thyroïde et surrénale), vraisemblablement sur le système sympathique (dont les réactions aux excitations habituelles apparaissent nulles) et sur une zone sans doute limitée (lobe pré-frontal) du cortex cérébral.

M. GUIRAUD. — Un malade que j'ai étudié avec M. Caron eut un syndrome analogue. Il fut d'abord exubérant et gai, quoiqu'avec une diminution énorme du stock des idées comme cette femme. Puis sa gaieté disparut et il devint amimique. Je conseille aux auteurs de photographier leur malade pour comparer sa mimique actuelle à celle qu'elle aura. Nous avons montré ce malade à la société à diverses reprises.

Le liquide céphalo-rachidien de ces malades atteints d'atrophie cérébrale contient quelquefois de l'hyperalbuminose par désagrégation cellulaire.

M. CARON. — Dans la majorité des cas que j'ai recueillis pour ma thèse, il n'y avait pas d'augmentation du liquide céphalo-rachidien. Je ne me souviens pas d'avoir vu signaler la disparition du système pileux.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je profite de cette occasion pour féliciter M. Caron de sa thèse. Il a notamment très bien indiqué la différence des troubles de la compréhension verbale dans l'aphasie de Wernicke par lésion artérielle et dans l'atrophie cérébrale. Notre malade a manifesté des troubles ayant les caractères que l'on trouve dans l'atrophie. Elle en est arrivée à ne plus avoir que la chanson du langage sans utilisation des mots.

Notre observation a encore le mérite de montrer entre les données cliniques et les données de l'interférométrie une concordance qui n'existe pas toujours.

Méningo-encéphalite tuberculeuse à symptomatologie psychique pure. Un cas anatomo-clinique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et AMOUR F. LIBER.

Le diagnostic clinique de la méningite tuberculeuse est souvent très ardu. A côté des formes à symptomatologie méningée typique il y a des formes complètement atypiques ou frustes, entre autres des syndromes purement psychiques, particulièrement chez l'adulte. Ces cas sont intéressants à connaître, non seulement du point de vue nosologique, mais également du point de vue des tentatives récentes de traitement de la tuberculose méningée.

Notre observation concerne un homme de 33 ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 14 décembre 1933 pour « *faiblesse générale* », survenue progressivement à la suite d'un épisode fébrile (39°) de quelques jours, culminant en une hémoptysie le 9 octobre 1933. A ce moment, le malade fut traité par un composé d'or.

A l'hôpital, le malade présente un syndrome de *confusion mentale* avec désorientation dans le temps et dans l'espace ; impossibilité de distinguer des souvenirs anciens et récents ; légère obnubilation avec lenteur de l'idéation. Il n'y a pas de phénomènes oniriques. En outre, le malade accuse des céphalées diffuses intermittentes, sans horaire fixe.

L'examen *neurologique* montre des réflexes ostéo-tendineux et cutanés normaux. Il n'y a pas de troubles moteurs ou sensitifs, objectifs ou subjectifs, rien d'anormal dans les territoires des nerfs crâniens. Enfin, on note l'absence de signes méningés (Kernig, raideur de la nuque, etc.), recherchés avec insistance en raison de la notion de tuberculose pulmonaire. Il n'y a pas de vomissements.

La température oscille entre 37°9 et 38°8, et atteint 39°2 quelques heures avant la mort.

Le liquide céphalo-rachidien contient des bacilles tuberculeux visibles à l'examen direct.

La mort survient en hyperthermie le 20 décembre 1933, à 5 heures du matin.

A l'autopsie, on trouve l'embonpoint bien conservé, la couche adipeuse sous-cutanée est épaisse de 2 cm. 1/2 au niveau de la pointe de l'appendice xyphoïde. Les deux poumons sont fortement congestionnés, d'une manière diffuse. Au sommet gauche existe une caverne large de 5 cm., entourée d'une zone de densification creusée de nombreuses cavernules, remplies de caséum. Les deux cavités pleurales sont cloisonnées par des adhérences postérieures et diaphragmatiques. Il n'y a pas de liquide. Le foie est jaune, gras et

montre histologiquement une *tuberculose miliaire disséminée* et une *dégénération graisseuse étendue*. Les voies biliaires sont perméables. La *rate* est molle, congestive. Le mésosigmoïde est épaissi et adhérent à la paroi. Le tube digestif et les autres viscères examinés (cœur, gros vaisseaux, corps thyroïde, pancréas, reins, surrénales, testicules), ainsi que la colonne vertébrale et la cavité crânienne ne présentent aucune altération macroscopique.

Le *névraxe* formolé *in situ* montre l'aspect typique de la *méningite diffuse encéphalique et médullaire*, prédominant sur la base et particulièrement sur l'espace inter-pédonculaire et la scissure de Sylvius, qui sont encombrés par un exsudat épais. Les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés. Ils sont exempts d'artério-sclérose. Les circonvolutions paraissent œdémateuses ; les ventricules sont dilatés, l'épendyme granuleux.

L'étude histologique montre les lésions habituelles de la *leptoméningite tuberculeuse diffuse* : infiltrations vasculaires et juxta-vasculaires par des lymphocytes, des monocytes, des cellules épithélioïdes, prédominant sur l'adventice et la tunique interne ; tuméfaction, prolifération et desquamation de l'endothélium ; transformations hyalines et fibrinoïdes de la média ; délamination et désimprégnation des fibres élastiques. Les mailles sous-arachnoïdiennes sont distendues, rompues, remaniées, occupées par des cellules libres de types variés. L'infiltrat ne présente pas de disposition folliculaire. Les cellules géantes type Langhans sont exceptionnelles. Dans la lumière des vaisseaux on trouve des plasmods d'origine endothéliale.

Nous nous sommes surtout attachés à l'étude des *cellules libres*. En dehors des éléments inflammatoires banaux, nous trouvons plusieurs espèces particulières. Des cellules *polygonales* à cytoplasme *basophile*, *alvéolaire* sont abondantes dans les régions où il y a du tissu fibreux dense : la capsule fibreuse et l'endonèvre des racines ; l'*intima piæ* et ses prolongements périvasculaires. Ces cellules semblent être des fibroblastes modifiées.

Il y a trois autres variétés de cellules libres : 1° des éléments que nous avons appelés les *grands cytophages*, arrondis ou triangulaires, qui *phagocytent* activement d'autres cellules ; 2° des cellules plus petites, arrondies ou allongées, à cytoplasme *spongieux*, à noyau placé excentriquement dans un pôle plus étroit de la cellule, d'où un aspect *piriforme* ; 3° des cellules *fusiformes* très longues et étroites. Tous ces éléments, au premier abord très différents, ont des caractères communs : tendance à pousser des prolongements effilés, ramifiés, à s'anastomoser en syncytium, à ingérer d'autres cellules, à se ranger le long de fibrilles interstitielles. On trouve, en outre, des formes de transition entre ces trois types cellulaires. Ils semblent avoir une origine commune : les *cellules de revêtement des travées leptoméningées*. En effet, les cellules de revêtement sont gonflées,

pédiculisées ; en se mobilisant, elles acquièrent les aspects que nous venons de décrire.

Toutes ces cellules, sauf le grand cytophage, peuvent édifier des *amas, nécrosés* ou non, où les *bacilles* sont souvent très abondants. Mais c'est seulement en présence de monocytes et de lymphocytes que se trouvent les cellules épithélioïdes. Les grands cytophages contractent des rapports particuliers avec les bacilles, qui sont souvent appliqués à leur surface sans être ingérés et sans produire la nécrose de la cellule.

Les colorations de la réticuline montrent que des *fibres conjonctives* envahissent les proliférations adventitielles et endothéliales et les nappes cellulaires nécrotiques. Cette *sclérose*, souvent étendue, montre que les lésions sont plus anciennes que l'évolution clinique aiguë ne l'indiquait.

Le *névraxe* montre des lésions diffuses et plus ou moins localisées. Les régions superficielles sont par endroits envahies directement par l'infiltrat méningé, ailleurs seulement par l'intermédiaire des gaines vasculaires qui sont, jusqu'à une profondeur variable, bourrées d'éléments des mêmes types que dans les méninges.

L'*épendyme* ventriculaire présente des granulations hyperplasiques. Les vaisseaux sous-épendymaires sont plus ou moins infiltrés de lympho- et monocytes. Les *plexus choroïdes* montrent une infiltration interstitielle surtout lymphocytaire. La *névroglie* réagit par l'hypertrophie et la prolifération au voisinage des infiltrats méningo-vasculaires et de l'épendymite.

La *microglie* réagit, soit par l'hypertrophie du cytoplasme, la rétraction des prolongements, soit par la formation de cellules en bâtonnet, soit par la transformation en cellules de type épithélioïde. Ces réactions se voient surtout au voisinage des foyers d'épendymite, où la microglie constitue des amas de structure lâche.

Les altérations des *cellules ganglionnaires* sont de type banal : chromatolyse centrale ou totale, excentricité du noyau, vacuolisation allant jusqu'à la désintégration complète. La satellitose est inconstante mais parfois abondante. Le topographie des lésions ganglionnaires n'est pas toujours en rapport avec celle des réactions interstitielles. Elle est capricieuse au point de défier toute systématisation. On trouve des lésions dans toutes les couches de l'écorce, dans le corps strié, le thalamus, la substance grise centrale, la substance noire, la calotte mésocéphalique et ponto-bulbaire. Le cervelet, la moelle sont relativement épargnés. Les méthodes myéliniques et neuro-fibrillaires montrent les *fibres nerveuses* bien conservées.

En résumé : un malade présente un syndrome de confusion mentale, d'obnubilation légère et de bradypsychie, sans onirisme. En dehors d'une céphalée, il n'y a aucun symptôme méningé.

Le liquide céphalo-rachidien contient des bacilles. L'autopsie

et l'étude histologique montrent une méningo-encéphalite tuberculeuse diffuse typique avec des néoformations bacillifères non folliculaires. Nous trouvons une mobilisation du revêtement lepto-méningé, qui se transforme en cellules libres polymorphes d'aspect particulier. Le névraxe présente une infiltration péri-vasculaire, une réaction neuro et microglie, une épendymite granuleuse. Il y a une chromatolyse des cellules ganglionnaires, à topographie capricieuse, — lésions qui peuvent bien être en rapport non seulement avec l'atteinte méningo-vasculaire locale, mais également avec des troubles toxiques généraux, en particulier avec l'insuffisance hépatique. L'un de nous (1) a d'ailleurs insisté sur le rôle de l'atteinte du foie dans la genèse des altérations nerveuses chez les phtisiques, qu'il y ait ou non une localisation méningée.

La séance est levée à 11 heures 20.

Les Secrétaires des séances,

P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux (*Revue de Médecine*, t. 26, pp. 270-303, 1906).

Séance du Lundi 26 Novembre 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

PREMIÈRE SÉANCE

M. Roger MIGNOT, *président*. — Messieurs, J'ai le pénible devoir de vous faire part de la mort de MM. René SEMELAIGNE, G. GATIAN DE CLÉRAMBAULT et BELLETRUD.

Les membres du Bureau ont assisté aux obsèques et ont présenté aux familles de nos collègues les compliments de condoléances de la Société.

Décès du Dr René Semelaigne

M. René SEMELAIGNE était un des plus anciens membres de la Société ; il avait été élu en 1891, sur la présentation de ROUIL-LARD... Ancien interne des Hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, il succéda à son père comme médecin-directeur de la Maison de Santé de Saint-James à Neuilly-sur-Seine.

Cet établissement avait été fondé, en 1844, par son grand-père maternel, Casimir PINEL, neveu de PHILIPPE, celui dont la reconnaissance populaire se souvient.

Avec une très haute dignité, notre collègue a poursuivi l'œuvre d'assistance et de protection commencée par l'illustre auteur de la *Nosographie Scientifique* et continuée par son grand-père et par son père. Il abandonna St-James quand sa maison de santé fut encerclée par la marée immobilière qui déferle sur Paris et ses environs.

Le nom de René SEMELAIGNE survivra comme historien de la Médecine Mentale. Sa thèse, en 1888, était déjà consacrée à la vie de Philippe Pinel. Nul, mieux que lui, ne pouvait écrire cette biographie ; il avait grandi au milieu de traditions familiales où revivait la grande figure du médecin de la Salpêtrière.

En 1894, paraissait son important ouvrage : « Les Grands Aliénistes Français ». En 1912, il publiait : « Aliénistes et Philanthropes ». Il ne pouvait manquer de s'intéresser à la famille des Tukes. En Angleterre, pour ainsi dire parallèlement à la lignée des Pinel en France, elle a donné William, fondateur de la Retraite d'York, son fils Henry, son petit-fils Samuel, surnommé : l'Ami des Aliénés ; enfin, Daniel-Hack Tuke célèbre par sa philanthropie et ses travaux de médecine mentale...

En 1926, René SEMELAIGNE présidait le Congrès de Genève-Lausanne et son discours avait pour sujet : « Les précurseurs de Pinel ». Il nous donnait en 1930 et 1932, les deux volumes des « Pionniers de la Psychiatrie française ». Il y a quelques semaines, après tant d'autres mémoires historiques que je ne peux citer aujourd'hui, les *Annales* publiaient encore de « Nouveaux souvenirs d'un passé récent ».

Vivre dans le passé rend modeste, et la connaissance de nos devanciers inspire des doutes sur l'originalité des idées exprimées sous un vocable nouveau.

Quand nous voudrions revoir la physionomie des aliénistes d'autrefois, et retrouver l'atmosphère où ils ont vécu, nous ouvrirons les ouvrages de René SEMELAIGNE et nous en tirerons profit.

Décès du Dr G. Gatian de Clérambault

Le jour où nous conduisions notre collègue à sa tombe, nous avons appris la mort imprévue de G. GATIAN DE CLÉRAMBAULT.

Nos *Annales*, avec le développement qui convient, exposeront ses travaux et montreront l'importance des progrès que nous lui devons dans la connaissance des maladies mentales ; il m'appartient seulement de dire que G. GATIAN DE CLÉRAMBAULT était un des membres les plus brillant et les plus écouté de notre Société... Par la richesse de ses observations, par son ardeur dialectique, il a contribué, pour une grande part, à soutenir l'intérêt de nos réunions. Quand il présentait un malade ou qu'il exposait ses théories personnelles, il n'était pas possible de rester indifférent ou distrait. Alors même que ses conceptions n'entraînaient pas l'adhésion, elles suscitaient toujours la réflexion et aussi l'admiration, par la finesse des constatations cliniques et l'originalité de l'expression... C'était un plaisir de lire ces certificats où, en quelques lignes, il traçait la silhouette psychologique du sujet qu'il venait d'examiner. Il trouvait toujours le mot heureux qui fait image, et, au besoin, il l'inventait. On pourra faire

un répertoire des termes qu'il a lancés dans le vocabulaire psychiatrique.

La somme de travail accompli par notre collègue durant sa carrière est considérable. Nous ne connaissons qu'une partie des résultats de son expérience psychiatrique. Ceux qui l'ont entendu et vu en action, au cours des conférences cliniques de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police, ont pu davantage saisir le fond de sa pensée. Lorsque, dans ses écrits, il développait ses idées, il était retenu par la conscience des difficultés des problèmes, par ses scrupules scientifiques et par son désir d'être complet.

Ce besoin de perfection a été la cause de sa fin prématurée. Il disait dernièrement, à l'un d'entre nous, qu'il était effrayé par l'étendue de la tâche qui lui restait à réaliser, l'affaiblissement de sa vue diminuant sa capacité de travail. Il a sous-estimé, ce jour-là, les forces demeurrées en lui et il a causé ainsi une grande perte à la psychiatrie française.

GATIAN DE CLÉRAMBAULT n'était pas seulement un aliéniste : sa puissante personnalité avait besoin, pour s'extérioriser, d'espaces nouveaux et variés. Il s'intéressait à la philologie, à l'ethnographie, à la sociologie, aux arts plastiques, et à tant d'autres questions... Tous les sujets, il les traitait d'une façon curieuse et attachante.

Je devrais parler de sa belle conduite pendant la guerre, de l'amitié dont il entourait ceux qu'il avait admis dans son intimité ; mais je ne fais pas ici sa biographie, je salue simplement sa mémoire...

GATIAN DE CLÉRAMBAULT laisse après lui des amis et des élèves fidèles... Il laisse aussi des travaux qui lui survivront longtemps et le classent parmi les plus éminents aliénistes de notre génération.

Décès du Dr Belletrud

Au moment d'ouvrir la séance, j'apprends également le décès de notre collègue, le Dr BELLETRUD, membre correspondant national de la Société. Médecin-Directeur honoraire des asiles publics d'aliénés, ancien Médecin-Directeur de l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), notre collègue avait pris sa retraite à Cabris (Alpes-Maritimes) et était maire de cette commune. Notre Secrétaire général voudra bien faire part à sa famille de notre sympathie et de nos regrets.

Le Dr René SEMELAIGNE ayant été président de la Société Médico-psychologique, la séance est levée en signe de deuil.

DEUXIÈME SÉANCE

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 22 octobre 1934 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mme Alexandre CULLERRE, de la Roche-sur-Yon (Vendée), qui remercie la Société des sentiments qui lui ont été exprimés à l'occasion du décès du D^r Alexandre CULLERRE ;

une lettre de M. le D^r Ernest STUMPER, Médecin-Chef de la Maison de Santé d'Ettelbrück (Grand Duché de Luxembourg), qui présente à la Société ses « condoléances émues » à l'occasion de la mort du D^r G. GATIAN DE CLÉRAMBAULT ;

une lettre de M. le D^r SENGÈS, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Henri EY, *membre correspondant national*, qui déclare retirer de l'ordre du jour de la séance du mardi 18 décembre la communication dont il avait demandé l'inscription ;

une lettre de M. le D^r Maurice HYVERT, *membre correspondant national*, qui demande à remettre à une séance ultérieure la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance ;

des lettres de M. le D^r Jacques LACAN et de Mlle le D^r Denise MARTRILLE, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D^r Jacques LEY, de Bruxelles, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r Raoul LEROY, *membre titulaire*, qui demande à être nommé *membre honoraire de la Société* : aux termes de l'article 3 des statuts, « après dix ans d'exercice, et s'ils en font la demande, les membres titulaires peuvent recevoir de la Société le « titre de membre titulaire honoraire », le D^r Raoul LEROY ayant été élu membre titulaire le 26 avril 1909, remplit ces conditions et la Société décide, à l'unanimité, de le nommer *membre titulaire honoraire* ;

une lettre de M. le Professeur M. LAUGIER, du Conservatoire National des Arts et Métiers, qui, ayant décidé de renoncer à faire partie de « Sociétés, si intéressantes soient-elles, lorsqu'elles ne sont pas strictement dans le domaine de sa spécialité », prie la Société d'accepter sa démission de membre titulaire : la Société accepte avec regret cette démission.

des lettres de M. le D^r Emile ADAM, Médecin-Directeur de la Maison

de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain); de Mlle le D^r Elisabeth CULLERRE, Médecin-Chef à l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle); de M. le D^r Bernard FREY, Médecin-Chef à l'Asile de Rouffach (Haut-Rhin) et de M. le D^r Pierre SCHÜTZENBERGER, Médecin-Chef à l'Asile du Mans (Sarthe), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national*: la Société désigne une Commission composée de MM. GUIRAUD, DEMAY et LAUZIER, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures; le vote aura lieu à la séance du mardi 18 décembre 1934;

des lettres de M. le D^r Ferdinand MOREL, privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air, et de M. le D^r Ludo VAN BOGAERT, agrégé à l'Université de Bruxelles, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger*: la Société désigne une Commission composée de MM. LHERMITTE, René CHARPENTIER et Henri BARUK, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures; le vote aura lieu à la séance du mardi 18 décembre 1934;

Déclaration de vacance de 4 places de membre titulaire

La Société décide de déclarer vacantes 4 places de *membre titulaire*: l'une d'elles, par le décès du D^r Alexandre CULLERRE, est réservée à un membre titulaire non résidant: les candidats ont jusqu'au mardi 18 décembre 1934, date à laquelle seront désignées les Commissions chargées des présentations, pour faire acte de candidature; les élections auront lieu le lundi 28 janvier 1935.

Commission des finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir, chaque année, dans la seconde quinzaine du mois de décembre, le compte-rendu de la gestion de la trésorerie. Il y a donc lieu de remplacer dès aujourd'hui le D^r René SEMELAIGNE, qui faisait partie de cette Commission.

Sur la proposition du Bureau, M. CAPGRAS est élu *membre de la Commission des finances* à l'unanimité des membres présents,

Election de 4 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. ABADIE, J. ROBERT et Paul ABÉLY, et d'un rapport de M. Noël PÉRON, au nom d'une Commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, J. LÉPINE et Noël PÉRON, sur les titres de MM. les D^{rs} Roger BARGUES, d'Agen; Jean DECHAUME, de Lyon; M. GAUTHIER, de Paris, et Bernard POMMÉ, de Lyon, il est procédé au vote:

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. le D ^r J. DECHAUME	22 voix
M. le D ^r M. GAUTHIER	22 —
M. le D ^r P. POMMÉ	22 —
M. le D ^r R. BARGUES	21 —

M. le D^r Jean DECHAUME, de Lyon ; M. le D^r M. GAUTHIER, de Paris ; M. le D^r Bernard POMMÉ, de Lyon, et M. le D^r Roger BARGUES, d'Agen, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election de 3 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. Henri CLAUDE, René CHARPENTIER et Paul COURBON, sur les titres de MM. José GERMAIN-CEBRIAN, de Madrid ; G. W. B. JAMES, de Londres, et Elysio DE MOURA, de Coïmbre, il est procédé au vote :

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

Ont obtenu :

M. le D ^r José GERMAIN-CEBRIAN ...	22 voix
M. le D ^r G. W. B. JAMES	22 —
M. le D ^r Elysio DE MOURA	22 —

M. le D^r José GERMAIN-CEBRIAN, de Madrid ; M. le D^r G. W. B. JAMES, de Londres, et M. le Prof. Elysio DE MOURA, de Coïmbre, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Les mesures de Sûreté dans le Projet de Loi portant refonte du Code pénal, par M. René CHARPENTIER.

Messieurs, dans sa séance du 22 janvier 1934, à la suite d'une communication de M. J. Lauzier, la Société médico-psychologique a commencé la discussion des *mesures de sûreté* prévues dans l'avant-projet de réforme du Code pénal. La Société avait décidé de reprendre cette discussion à l'occasion d'une communication inscrite à l'ordre du jour de la séance du lundi 26 février 1934, communication qui fut retirée de l'ordre du jour sur la demande de ses auteurs.

Le 22 janvier dernier, après avoir insisté sur quelques points de l'article 73 et de l'article 121, qui me paraissaient appeler tout particulièrement la discussion, j'avais rappelé l'intention manifestée par les membres de la Société générale des prisons et de Législation criminelle, de demander l'avis de la Société médico-psychologique sur le texte des articles de l'avant-projet concernant les mesures de sûreté, lorsque ces articles viendraient en discussion devant la Société générale des prisons.

Depuis cette date, deux faits nouveaux sont intervenus. Tout d'abord, l'avant-projet en question est devenu le « *Projet de Loi portant refonte du Code pénal* ». Il a été déposé sur le Bureau de la Chambre des Députés et renvoyé, en date du 15 mai 1934, à la Commission de la législation civile et criminelle.

D'autre part, dans sa séance du 13 novembre 1934, la Société générale des prisons et de Législation criminelle, ayant repris la discussion du Rapport de M. le Professeur Donnedieu de Vabres, sur le projet de Code pénal, est arrivée à l'examen des « mesures de sûreté ». A la suite d'une courte discussion, à laquelle j'ai eu l'honneur d'apporter une partie des arguments exposés ici, cette Société a bien voulu me charger de demander l'avis de la Société médico-psychologique.

Je vous propose donc de mettre cette importante question à l'ordre du jour de la séance ordinaire, qui suivra l'Assemblée générale de notre Société, le mardi 18 décembre 1934. Notre Société avait décidé de consacrer cette séance à des communications sur les « hallucinations ». La mort récente de notre très distingué et très regretté collègue, le D^r G. de Clérambault, qui devait prendre une part importante à la discussion de cette question, a fait retirer de l'ordre du jour, par leurs auteurs, les travaux consacrés à cette étude. Il semble donc que la discussion du problème des hallucinations ne puisse s'engager immédiatement, avec l'ampleur que mérite cette discussion. Je vous propose de mettre, au début de l'ordre du jour de la séance du mardi 18 décembre 1934, la question des « mesures de sûreté » et, comme à la séance du 23 octobre 1933, d'inviter M. le Professeur Donnedieu de Vabres et le Secrétaire général de la Société générale des prisons, M^e Clément Charpentier, à assister à cette séance.

Il en est ainsi décidé :

Mais, Messieurs, pour que cette discussion puisse s'engager utilement, je crois opportun de rappeler ici le texte des articles dont il est question et les intentions des rédacteurs du Projet de Loi, telles qu'ils les ont exprimées dans l'Exposé des Motifs.

Ainsi que vous le savez, c'est un décret du 23 décembre 1930 qui a institué au Ministère de la Justice, et sous la présidence de M. Paul MATTER, procureur général près la Cour de Cassation, une Commission chargée de préparer la révision de la législation criminelle, selon certaines directives données par le Garde des Sceaux, et dont les principales étaient ainsi définies : « modifier le Code pénal, en conservant tout ce qui a résisté à l'épreuve d'une expérience plus que séculaire ; rester dans la véritable tradition législative en rédigeant des textes suffisamment précis pour éviter toute incertitude dans leur application et assez souples en même temps pour s'adapter à l'évolution des mœurs et aux progrès de la science ; éviter les concepts abstraits et les distinctions sans utilité pratique ; prôner de la refonte de la loi pénale fondamentale pour construire une œuvre plus méthodique et mettre fin aux controverses qui divisent encore la jurisprudence et la doctrine. »

C'est en partant de ces directives que la Commission « s'est efforcée de mettre notre législation en harmonie avec les données de la science pénitentiaire et les nécessités d'une meilleure défense de la société » :

Parmi les tendances du projet auquel elle a abouti, la Commission signale, entre autres, que : « ...la sanction est établie en considération du coupable plus encore que de son acte. Ce n'est pas, en effet, le crime qui constitue un danger, mais aussi et surtout son auteur à cause des instincts anti-sociaux qui survivent en lui. »

« Cette idée admise comme une vérité élémentaire, a amené les auteurs du projet à une individualisation des peines, beaucoup plus complète que celle du Code pénal, parce qu'elle ne porte pas uniquement sur l'étendue, mais, en outre, sur la nature et le mode de la répression. Elle est réalisée par l'établissement d'un ensemble de mesures de sûreté qui permettent, en tenant compte du degré de responsabilité morale de l'auteur de l'infraction, de prendre à son égard, dans l'intérêt de la sécurité commune, les précautions qu'exige son caractère dangereux (art. 68 à 100). »

« Elle se retrouve dans l'importance donnée pour l'exécution des peines privatives de liberté aux antécédents du condamné, ainsi qu'aux mobiles de l'infraction (art. 30 et 34), etc... »

De plus, lors de la crise morale qui se produit au moment de la libération d'un détenu depuis longtemps incarcéré, « crise morale dont le législateur doit se préoccuper s'il ne veut pas que le libéré devienne rapidement un récidiviste », le projet fait appel au concours des Sociétés de Patronage.

« Ainsi qu'il a été dit plus haut, des mesures de sûreté sont prévues à l'égard des délinquants d'origine morbide, déficients et anormaux, que leur état rend particulièrement dangereux. Mesures temporaires, entourées de garanties pour prévenir des abus (art. 72 à 79), elles n'ont d'autre but que de permettre de soigner les malades, aliénés, alcooliques ou toxicomanes, d'adapter les débiles mentaux, ou de réadapter aux conditions de la vie sociale certains individus rétrogrades, ou pervers, rebelles à la discipline, qu'il importe de corriger, mais qu'il y aurait quelque injustice, en raison de leur responsabilité atténuée ou limitée, à soumettre à une peine perpétuelle. »

Pour réaliser une plus grande individualisation de la peine, le projet qui, cependant, dans son ensemble, « peut sembler plus rigoureux que nombre de Codes ou de projets de Codes étrangers » admet « les circonstances très atténuantes (art. 132), le pardon pour les mineurs de 18 ans (art. 58), le paiement par fractions des amendes (art. 37) », mais « il assigne à ces dispositions un caractère purement facultatif, sans jamais les imposer au juge. »

Par « souci de sauvegarder les droits de l'individu », il écarte, même pour les mesures de sûreté, le système des sentences indéterminées. Et l'introduction des « mesures de sûreté privatives de liberté, qui ne doivent point être abusivement aggravées ou prolongées » s'accompagne d'une extension de la compétence du juge répressif.

L'exposé des motifs fait observer qu'« il serait vain d'espérer que l'application des réformes envisagées puisse être assurée sans une réorganisation préalable de nos administrations judiciaires et pénitentiaires ».

« Enfin, il faut prévoir la création ou l'aménagement d'établissements pénitentiaires spéciaux, d'asiles et de maisons de santé, l'institution de services médico-légaux et de Sociétés de patronage fortement organisées. »

Aussi, le dernier article du Projet de Loi dispose-t-il que « la date d'entrée en vigueur du présent Code sera fixée par un décret (art. 496). »

Avant la discussion qui va s'engager, selon votre décision, le 18 décembre 1934, il m'a paru nécessaire, que ceux d'entre vous qui ne disposent pas du texte du « Projet de Loi portant refonte du Code pénal », puissent connaître l'esprit dans lequel il a été rédigé. Il m'a paru nécessaire, également, de reproduire ici le texte exact d'un grand nombre des articles du projet concernant

les « mesures de sûreté », ce texte n'étant pas toujours identique à celui de l'avant-projet :

Projet de Loi portant refonte du Code pénal

LIVRE DEUXIÈME

TITRE DEUXIÈME

Des mesures de sûreté

ART. 68

Les mesures de sûreté sont privatives de liberté, restrictives de liberté ou d'ordre patrimonial.

ART. 69

Les mesures de sûreté privatives de liberté sont :

- 1° l'internement dans une maison de santé ;
- 2° la relégation ;
- 3° le placement dans un dépôt de mendicité.

ART. 70

Les mesures de sûreté restrictives de liberté sont :

- 1° l'interdiction d'exercer soit un art ou une profession, soit une activité subordonnée dans son exercice à une autorisation administrative ;
- 2° l'interdiction de séjour ;
- 3° l'expulsion du territoire ;
- 4° la mise sous la protection d'une société de patronage ;
- 5° le cautionnement préventif.

ART. 71

Les mesures de sûreté de l'ordre patrimonial sont :

- 1° la confiscation prévue à l'article 87 du présent Code ;
- 2° la fermeture d'établissement ;
- 3° la dissolution d'une personne juridique.

CHAPITRE PREMIER

Des mesures de sûreté privatives de liberté

ART. 72

Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé.

Les conditions dans lesquelles seront prononcées cet internement et sa durée, seront déterminées par le Code d'instruction criminelle.

ART. 73

Toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une infirmité mentale grave, qui a commis un crime ou délit passible d'une peine pouvant

s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée, à l'expiration de sa peine, dans une maison spéciale de santé, pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique.

La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être remis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au Code d'instruction criminelle.

ART. 74

La relégation consiste dans l'internement dans un établissement de travail, sous un régime approprié de réadaptation sociale, des récidivistes, rentrant dans les conditions énumérées aux deux articles qui suivent.

Elle est subie hors du territoire de la métropole.

Toutefois, le juge peut, à titre exceptionnel et après délibération spéciale, ordonner que cette mesure sera exécutée dans un établissement industriel ou agricole, situé en France ou en Algérie.

Ce mode d'exécution est obligatoire à l'égard des femmes et des individus qui seront âgés de moins de 21 ans ou de plus de 60 ans, à l'expiration de leur peine. Les femmes et les mineurs de 21 ans pourront néanmoins, sur leur demande, être envoyés dans un établissement hors du territoire métropolitain.

Le jugement ou l'arrêt fixera la durée de la relégation qui ne pourra être moindre de dix ans, ni être supérieure à vingt ans, à compter du jour où cessera l'exécution de la peine.

Avant le terme fixé, la relégation prendra fin, quand des signes certains de réadaptation sociale auront été constatés par la juridiction qui a prononcé la mesure.

ART. 78

Toute personne qui aura été trouvée mendiant dans un lieu pour lequel il existe un établissement public organisé afin d'obvier à la mendicité, sera, après l'expiration de sa peine, conduite au dépôt de mendicité.

Les vagabonds, qui auront été légalement déclarés tels, seront conduits, après l'expiration de leur peine, dans un dépôt de mendicité.

L'internement dans un dépôt de mendicité ne pourra être prononcé que pour deux ans au plus; il cessera quand le juge du lieu de l'internement aura constaté que le mendiant ou le vagabond a donné des signes certains de réadaptation sociale.

ART. 79

Les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave qui auraient été placées par décision de justice dans une des maisons de santé prévues aux articles 72 et 73 du présent Code, seront, indépendamment des visites faites par les magistrats, périodiquement visités par des médecins désignés par le juge auquel ils feront leur rapport.

Les individus retenus dans les établissements de travail ou les dépôts de mendicité en application des articles 74 et 78, seront visités par des membres des sociétés de patronage désignés par le juge du lieu de l'internement auquel ils feront leur rapport.

Ces rapports seront communiqués au ministère public et au défenseur.

CHAPITRE DEUXIÈME

Des mesures de sûreté restrictives de liberté

ART. 80

L'interdiction d'exercer soit un art ou une profession pour lesquels il n'existe pas de juridiction disciplinaire légalement réglementée, soit une activité subordonnée dans son exercice à une autorisation administrative, pourra être prononcée contre les condamnés pour crime ou délit de droit commun, lorsqu'il sera constaté que l'infraction commise a une relation directe avec l'exercice de cet art, de cette profession ou de cette activité et qu'il y a de graves craintes qu'en continuant à les pratiquer, le condamné soit un danger pour la sécurité ou pour l'épargne.

Cette interdiction sera prononcée pour un temps qui ne pourra excéder cinq ans à compter du jour où la peine aura été subie, sauf les cas où la loi en aurait autrement disposé.

Nonobstant opposition, appel ou pourvoi, l'exécution provisoire pourra être ordonnée par le jugement ou arrêt.

En cas de récidive, pour crime ou délit de même nature, elle deviendra perpétuelle.

Toute infraction à cette interdiction sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an.

ART. 85

Les condamnés pour crime ou délit de droit commun à une peine supérieure à une année d'emprisonnement pourront être placés sous le patronage d'une institution désignée par la Cour ou le tribunal, pour un temps qui ne pourra excéder vingt ans, à compter de leur mise en liberté, lorsque cette protection paraîtra nécessaire pour faciliter leur reclassement social.

Le juge qui ordonnera la libération conditionnelle pourra faire application de la disposition qui précède.

Il sera fait périodiquement rapport de la conduite du libéré à la Cour et au tribunal.

La Cour ou le tribunal pourra, s'il y a lieu, décider que ce patronage cessera ou sera exercé par une société autre que celle primitivement désignée.

Si le libéré se soustrait volontairement par ses agissements habituels au contrôle de la société, il pourra être condamné à un emprisonnement de dix jours à trois mois.

CHAPITRE TROISIÈME

Des mesures de sûreté d'ordre patrimonial

ART. 87

Les choses dont la fabrication, la détention, la vente ou l'usage sont illicites, devront être confisquées, alors même qu'elles n'appartiendraient pas au condamné, ou que la poursuite n'aurait pas été suivie de condamnation.

Elles seront détruites à la diligence du Ministère public, à moins qu'une Administration publique les réclame.

ART. 88

Dans les cas où la loi ordonnera la fermeture de l'établissement, commercial ou industriel, qui a servi de moyen pour commettre une infrac-

tion, cette mesure emportera interdiction d'exercer dans le même local le même commerce ou la même industrie, soit par le condamné, soit par un tiers auquel le condamné aurait vendu, cédé ou loué l'établissement, à peine d'une amende de 100 à 5.000 francs et d'un emprisonnement qui ne pourra être inférieur à un mois ni être supérieur à six mois.

L'établissement rouvert sera fermé à nouveau.

CHAPITRE QUATRIÈME

Des causes qui empêchent, suspendent ou arrêtent l'exécution des mesures de sûreté

ART. 90

Les causes qui empêchent, suspendent ou arrêtent l'exécution des mesures de sûreté sont :

- 1° la mort du condamné ;
- 2° la grâce ;
- 3° l'amnistie ;
- 4° la suspension conditionnelle ;
- 5° la réhabilitation ;
- 6° la prescription.

Le sursis à l'exécution de la peine n'a pas d'effet sur les mesures de sûreté.

ART. 91

La mort du condamné n'empêche pas l'exécution des mesures de sûreté d'ordre patrimonial.

ART. 92

L'amnistie arrête l'exécution des mesures de sûreté. Toutefois, elle est sans effet sur l'internement dans une maison de santé, ainsi que sur les mesures de sûreté d'ordre patrimonial.

ART. 93

La décision prononçant la libération conditionnelle de la peine peut suspendre les mesures de sûreté prévues aux articles 73, 74, 78, 81 et 82 du présent Code.

Le juge pourra révoquer cette suspension pendant un délai de cinq ans.

ART. 95

La réhabilitation produit, sur les mesures de sûreté, les effets de l'amnistie.

ART. 96

Une mesure de sûreté, demeurée inexécutée pendant cinq ans à compter de l'expiration de la peine, est prescrite, si le condamné n'a pas commis dans ce délai, soit un crime, soit un délit puni d'une peine d'emprisonnement supérieure à une année.

Si une mesure de sûreté est prononcée en dehors de toute condamnation privative de liberté, la prescription commence à courir du jour où le jugement est devenu définitif.

ART. 97

Lorsqu'une peine privative de liberté est prescrite, la mesure de sûreté qui l'accompagne reste applicable, à moins que le juge en décide autrement.

TITRE TROISIÈME

Concours des peines et des mesures de sûreté

ART. 98

Lorsque plusieurs peines privatives de liberté doivent être exécutées cumulativement, la peine la plus grave s'exécute la première, à moins que la loi en dispose autrement.

ART. 99

Lorsque plusieurs mesures de sûreté doivent s'exécuter cumulativement sur la personne d'un condamné, leur ordre d'exécution sera le suivant :

- 1° le placement dans une maison de santé ;
- 2° la relégation ;
- 3° le placement dans un dépôt de mendicité ;
- 4° l'interdiction de séjour, la mise sous la protection d'une société de patronage et le cautionnement préventif.

A l'égard des condamnés étrangers qui, à l'expiration de leur peine, doivent, en vertu du jugement de condamnation, être conduits hors du territoire de la République, leur expulsion dispense des autres mesures s'exerçant sur leur personne, à l'exclusion de la relégation.

ART. 100

Si, au cours de l'exécution d'une mesure de sûreté privative de liberté, ou pendant la durée d'une interdiction de séjour, le condamné encourt, pour un autre crime ou délit, une peine privative de liberté, l'exécution de la mesure de sûreté est suspendue, et la nouvelle peine est d'abord subie.

Parmi les modifications apportées au texte de l'avant-projet, il faut remarquer que l'article 73 ne vise plus « toute personne » alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une maladie mentale grave », mais « toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte » d'une *infirmité* mentale grave ».

D'autre part, il résulte de la réponse de M. le Professeur Hugueney, membre de la Commission, à la question que j'ai eu l'honneur de lui poser, le 13 novembre 1934, à la Société générale des prisons que si « la durée de cet internement est de cinq ans au maximum », cela signifie seulement que cette mesure ne peut être prise pour une durée supérieure à cinq ans, mais elle est renouvelable de même que la durée de l'internement peut être « réduite si » l'interné peut être remis en liberté sans danger pour la paix « publique ». L'application de ces dispositions sera réglée par des prescriptions du Code d'instruction criminelle.

Par contre, est intégralement maintenue la disposition, à notre avis très regrettable, de l'article 73, par laquelle une personne « atteinte d'une infirmité mentale grave, qui a commis un crime

« ou délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée, à l'expiration de sa peine, dans une maison spéciale de santé pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique ».

Enfin, et bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'une « mesure de sûreté », permettez-moi d'ajouter que l'omission à l'article 121 que j'avais signalée ici le 22 janvier 1934 (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1934, pages 120-121) n'existe plus dans la nouvelle rédaction. Comme le mineur âgé de moins de 13 ans, le mineur de 13 à 18 ans, considéré comme ayant agi sans discernement, peut être remis, s'il y a lieu, à un établissement d'anormaux. Je crois utile de donner le nouveau texte de ces deux articles qui portent maintenant les numéros 121 et 122.

LIVRE QUATRIEME

CHAPITRE DEUXIÈME

Des personnes irresponsables (1)

ART. 121

Le mineur âgé de moins de 13 ans qui a commis un fait que la loi déclare punissable, est exempt de la peine attachée à l'infraction.

Si le fait est qualifié crime ou délit par la loi, le mineur pourra être soumis, suivant les circonstances, à l'une des mesures suivantes :

- 1° Remise de l'enfant à sa famille ;
- 2° Placement jusqu'à la majorité, soit chez une personne digne de confiance, soit dans un asile ou internat approprié, soit dans un établissement d'anormaux, soit dans une institution charitable reconnue d'utilité publique ou désignée par délibération de la Cour d'appel ;
- 3° Remise à l'Assistance publique.

Lorsque le mineur sera remis à sa famille, à une personne ou à une institution charitable, il pourra, en outre, être placé sous le régime de la liberté surveillée.

Si le fait est qualifié contravention, le mineur sera réprimandé. En cas de récidive, il pourra être soumis au régime de la liberté surveillée.

ART. 122

Le mineur de 13 à 18 ans qui a commis un fait que la loi déclare punissable est, de même, exempt de peine, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement.

Si le fait est qualifié crime ou délit par la loi, le mineur sera, selon les circonstances, remis à ses parents, à une personne digne de confiance, à

(1) N'a pas été modifiée la rédaction des articles discutés par la Société Médico-psychologique dans sa séance du 23 octobre 1933 et qui portent maintenant les numéros 123 (primitivement 122), et 124 (primitivement 123) (Voir *Ann. Méd.-psych.*, octobre 1933, pages 353 à 368).

une institution charitable reconnue d'utilité publique ou désignée par délibération de la Cour d'appel, à un établissement d'anormaux, à l'Assistance publique ou conduit dans une colonie pénitentiaire pour y être élevé et détenu pendant le nombre d'années que le jugement déterminera, et qui, toutefois, ne pourra excéder l'époque où il aura atteint l'âge de 21 ans.

Dans le cas où le tribunal aura ordonné que le mineur sera remis à ses parents, à une personne ou à une institution charitable, il pourra décider, en outre, que ce mineur sera placé jusqu'à l'âge de 21 ans, au plus, sous le régime de la liberté surveillée.

Si le fait est qualifié contravention, le mineur de 13 à 18 ans, ayant agi sans discernement, sera réprimandé. En cas de récidive, il pourra être soumis au régime de la liberté surveillée.

Tous les membres de la Société Médico-psychologique n'ayant pu avoir connaissance des textes actuels, il m'a paru que la discussion s'engagerait plus utilement après leur publication dans le *Bulletin* de notre Société. Tel est le seul but de mon intervention d'aujourd'hui.

A propos d'un internement contesté, par MM. CROUZON, FAURE-BEAULIEU et GENIL-PERRIN.

Dans un article récent (1), M. Heuyer a rapporté l'histoire d'un revendicateur, qui, interné, avait été mis en liberté sur les conclusions d'un rapport d'expertise. Signataire du Certificat d'internement, il a pris à partie — mais avec modération et amabilité — les experts signataires du rapport. Aux objections émanant de source si autorisée, il convient que ceux-ci répondent. Pas plus que M. Heuyer, nous ne voulons faire ici de polémique. Mais tout de même, avant d'examiner ses arguments scientifiques, nous devons nous arrêter à certains reproches qu'il nous adresse.

L'affaire N... a été l'occasion de campagnes de presse, dit-il, et « l'examen du dossier montre que la campagne a été encouragée par l'avis même des médecins »... « Il n'est pas douteux que l'avis du médecin traitant, que la conclusion de l'expertise, aient permis au malade de se retourner contre l'administration qui l'avait arrêté et le médecin qui l'avait interné... » D'ailleurs, dans l'intention de M. Heuyer, il ne s'agit pas d'argument *ad hominem*, car il élève le débat, et dit : « Par manque d'entente, par carence d'une doctrine médicale, les médecins fournissent des armes aux journalistes, etc... »

(1) G. HEUYER. — Un internement contesté. *Annales médico-psychologiques*, février 1934.

Mais peut-on accuser ici la « carence de doctrine » ? Il s'agit d'un cas d'espèce, d'un cas-frontière, et d'un cas où, comme il arrive, le sujet évolue, oscille. Il est donc naturel que les médecins se décident pour l'une ou l'autre solution, s'agissant d'un cas-limite, et même qu'ils se décident tantôt pour l'une, tantôt pour l'autre conclusion, s'agissant d'un cas où l'activité psychopathique du sujet n'est pas toujours égale. A tout médecin d'asile, il arrive de conclure au maintien d'un malade en janvier, et à sa sortie en mars : le malade a évolué ; ce n'est pas le médecin qui se contredit. A tout médecin d'asile, il arrive aussi, dans les cas contestables, de conclure soit à la sortie, soit au maintien, et de ne pas être suivi soit par l'administration préfectorale, soit par les experts que le Tribunal a nommés.

Une doctrine qui consisterait à mettre tout le monde d'accord sur l'interprétation des cas les plus douteux serait évidemment souhaitable, mais son avènement doit attendre encore quelques progrès dans le domaine de la psychiatrie et de la sociologie.

Par ailleurs, M. Heuyer prend ombrage d'une phrase de notre rapport où nous disons que, à l'Infirmerie spéciale, on est obligé de se contenter d'une observation sommaire et d'agir rapidement. Ici, nous sommes désolés que notre phrase ait été interprétée comme péjorative, car notre intention était tout autre. Nous voulions dire : l'Infirmerie spéciale est une organisation de tri, où, sous peine d'encombrement, on doit prendre des décisions d'urgence, lesquelles, comme toutes les décisions médicales, sont toujours révisibles. Et il est bien certain que, au bout de quelques semaines ou de quelques mois d'internement, on est mieux placé pour émettre un avis. Et n'avons-nous pas cherché à prémunir, précisément, le médecin de l'Infirmerie spéciale contre toute attaque, en écrivant que son certificat d'internement était « inattaquable dans la forme et dans le fond ».

Nul, plus que nous, ne rend hommage à la compétence et au dévouement des médecins de l'Infirmerie spéciale, dont la tâche ingrate et difficile est malheureusement trop mal comprise, et du public et de certains aliénistes. Sur ce point, par conséquent, il est bon que M. Heuyer ait toute satisfaction et tout apaisement.

Et nul plus que nous ne trouve plus ridicule que le D^r Heuyer et le représentant du Préfet de Police, et le Directeur de l'Asile de Villejuif, aient pu être entraînés en correctionnelle de façon aussi abusive. Mais la faute n'en est qu'à la procédure qui permet de pareilles citations, et les médecins les plus honorables ont été déjà et restent toujours exposés à semblable mésaventure.

Cela dit, arrivons aux objections d'ordre scientifique. M. Heuyer reproche aux experts, ainsi d'ailleurs qu'au médecin traitant qui avait antérieurement proposé la sortie :

- 1° d'avoir avancé que N... n'était pas un délirant ;
- 2° d'avoir surestimé la valeur des inventions de N... ;
- 3° d'avoir surestimé son intelligence.

Reprenons ces points.

1° N... est-il délirant ? — Ce n'est pas à nous de reprendre ici l'argumentation de M. Heuyer en ce qui concerne la difficulté de préciser le seuil du délire. Lui et nous sommes égaux devant cette difficulté insurmontable dans ces cas-limites, et, nous le répétons, c'est d'un cas-limite qu'il s'agit ici.

L'accusation portée par N... contre le Ministère de l'Air était absurde, c'est entendu ; mais était-elle simplement fausse, ou déjà délirante ? Il est impossible de le dire, d'autant plus que N..., nous sommes tous d'accord sur ce point, était souvent de mauvaise foi. Alors, cette idée peut fort bien n'être ni fausse, ni délirante, mais simplement calomnieuse.

Si N... n'est pas délirant dans ses propos, dit M. Heuyer, il l'est dans ses actes ; mais à propos de ceux-ci comme de ceux-là, on peut discuter sans fin sur le caractère délirant, ou simplement inapproprié, ou encore mensonger : n'avons-nous pas vu N... truquer sciemment des expériences de fabrication de papier, dans un but d'escroquerie intéressée. Est-ce du délire, cela ?

Voici d'ailleurs comment, dans notre rapport, nous justifions notre façon de voir :

Il a toujours eu tendance à interpréter, mais une interprétation fausse n'est pas obligatoirement une interprétation délirante.

Voici un exemple concret qui montre avec quel esprit critique on doit aborder l'étude de ces interprétations chez les paranoïaques : dans le rapport des trois experts de 1912, il est dit que N... se croit suivi, croit avoir constamment un agent derrière lui bien qu'il soit inconnu à Paris, que tel agent le file 3 jours, tel autre 4 jours, etc... Or, il est parfaitement exact que N... ait été pris en surveillance par la police ; c'est mentionné dans une enquête de police qui figure dans le dossier du Parquet de la Seine, et dans le dossier de la Préfecture de police, nous avons trouvé des comptes rendus de filature, détaillant par le menu l'emploi du temps de N..., à certains jours : sorti de chez lui à telle heure, déjeuné dans tel restaurant, etc... On aurait donc tort de croire que N... exprime une idée délirante quand il se dit suivi par les policiers.

Qu'il exagère, c'est possible ; qu'il en voie plus que de raison, c'est

acceptable. Mais qui dit tendances paranoïaques ne dit pas forcément délire, nous le répétons.

D'autres détails pourraient être soumis à une critique analogue. N... se plaint que le Ministère de l'Air ne lui ait pas rendu ses plans, mais nous ne trouvons nulle part dans les dossiers qu'il ait tort sur le fond ; seulement, de par sa susceptibilité de paranoïaque, il ne peut pas admettre qu'une administration égare un document ou ne se donne pas la peine de le rechercher sérieusement.

Evidemment, il ne laisse rien passer ; mais, quand on étudie à fond les plaintes qu'il formule, on est bien forcé de convenir que parfois certains faits ont pu donner à ses revendications un aliment objectif. Il s'étonne d'avoir été transféré à Villejuif, par ordre de la Préfecture de Police (fait consigné dans un certificat du D^r Truelle). Or, il est bien certain que c'est là une procédure peut-être régulière mais peu habituelle, les transferts étant généralement réglés par le médecin de l'Admission ou par la Préfecture de la Seine.

Il se plaint encore d'avoir été transféré du service du D^r Ducosté au service des aliénés difficiles, sur ordre encore de la Préfecture de Police. Renseignements pris, il s'agirait de l'interprétation inexacte d'une conversation téléphonique par le Directeur de l'Asile, et l'erreur a été rectifiée par la suite. Mais là encore N... pouvait à bon droit croire qu'il avait été l'objet d'une mesure d'exception.

Et nous en passons.

Comme autre élément objectif à sa décharge, ajoutons qu'il a souvent été soutenu par des personnages influents qui ont ainsi contribué à renforcer son orgueil et à soutenir son ardeur revendicatrice, et dont certains, comme de juste, font maintenant pour lui figure d'adversaires.

Il faut donc bien remettre les choses au point. N... est un paranoïaque, soit, mais non un paranoïaque *délirant*. A certains moments il a pu et il pourra présenter quelque danger pour l'ordre public, les inculpations dont il a fait l'objet et dont il fait encore l'objet en font foi, mais nous n'hésiterons pas, devant la juridiction criminelle, à le déclarer entièrement responsable de ses agissements.

2° Que valent les inventions de N... ? — Elles ne sont pas *a priori*, absurdes, disions-nous. Elles sont délirantes, dit Heuyer, en raison de la disproportion qui existe entre leur nature et les moyens intellectuels et techniques dont N... dispose pour les réaliser.

Mais, d'une façon générale, où s'arrête la chimère en matière d'invention ? Et, d'une façon spéciale, quelles sont les inventions de N... ?

L'île flottante ? N... en lit le projet dans un journal italien, nous dit-on. Mais alors, s'il ne fait que s'approprier la paternité du projet d'un autre, ce n'est pas du délire, c'est de la malhon-

nêteté. Et, cependant, N... ne nous a-t-il pas montré un article d'une revue italienne, où son projet à lui est pris en certaine considération ?

Quant aux autres inventions, nous avons, dans notre rapport, reproduit des pièces attestant qu'elles ont été prises au sérieux. Il y avait tout de même une « Société Internationale des Papiers N... (S.I.P.N.O.), », société anonyme au capital de 200.000 francs ; il y avait un « Syndicat d'études de la Société des Forges hydrauliques Système N..., breveté ». Des témoins entendus par nous ont attesté que N... avait été convoqué par les autorités compétentes en vue de l'utilisation d'une torpille de son invention.

Les inventions de N... n'étaient donc pas, à première vue, absurdes. Elles pouvaient être mauvaises ; mais pour une invention de bonne, combien y en a-t-il qui ne valent rien ? Elles pouvaient être fantaisistes, les projets pouvaient même être mensongers, les expériences truquées. Mais alors, on voit bien la tentative d'escroquerie, et non le délire.

Il pouvait même, comme le veut M. Heuyer, y avoir disproportion entre la conception et les moyens de réalisation. Mais il est bien certain que, sur dix inventions proposées, il n'y en a peut-être qu'une ou deux qui échappent à ce reproche. C'est précisément en matière d'invention que les limites du délire doivent être reculées au maximum, car on ne sait jamais ce que l'avenir nous réserve, et l'invention la plus folle d'aujourd'hui peut devenir, à la faveur d'un progrès technique connexe, la réalisation la plus géniale de demain. Alors, le succès seul serait-il le critérium de l'absence d'état délirant ? Si oui, que l'on construise vite de nouveaux asiles.

D'ailleurs, en cette matière, la thèse et l'antithèse peuvent toujours se soutenir. Heuyer nous reproche de ne pas voir un aliéné dans N..., inventeur raté. Mais nous aurions plutôt tendance à voir des psychopathes, des paranoïaques, en de nombreux inventeurs de génie, et qui ont réussi.

Sur ce point, donc, comme sur le premier, nous soutenons qu'il est vain de rechercher si N... est en-deçà ou au-delà du seuil du délire, pour la bonne raison que le seuil du délire n'a aucune existence objective. N... est affligé d'une constitution paranoïaque, c'est certain, et en cela, M. Heuyer et nous sommes d'accord, mais s'il est malaisé, d'une façon générale, de préciser le critérium de l'état délirant, c'est encore plus difficile quand il s'agit de manifestations paranoïaques, où la gamme psychopathique est peut-être encore plus nuancée que dans tout le reste de la psychiatrie.

Et surtout, répétons-le, n'oublions pas que N... a été l'objet de sanctions pénales au titre d'un individu sans scrupule, de maître-chanteur, d'escroc. Et n'est-il pas évident que, de tous les chercheurs de pierre philosophale, les moins fous sont les plus malhonnêtes ? Et, comme malhonnêteté, N... a été classé déjà pénalement, il y a nombre d'années.

3° N... est-il ou non « intelligent » ? — M. Heuyer nous reproche d'avoir surestimé l'intelligence de N..., dont il fait un débile. Ici encore, nous manquons de critérium, et, vraisemblablement, aucun test au monde ne pourrait nous tirer d'embarras.

Mais y a-t-il bien lieu de discuter cette objection de M. Heuyer ? Nous n'avons pas l'impression d'avoir spécifié, dans notre rapport, que nous tenions N... pour un homme particulièrement intelligent. La phrase même de ce rapport, que cite M. Heuyer, n'a pas ce sens. Incidemment, nous disons que la déformation paranoïaque peut coexister « avec une intelligence très vive et une compétence technique très étendue ». Mais c'est là une affirmation d'ordre général, et que nous n'appliquons pas spécialement à N... Le sens précis de cette phrase, si on voulait l'appliquer au cas particulier de N... serait : « Même au cas où, surpris de nous voir considérer N... comme un paranoïaque, un anormal psychique, on nous dirait qu'il est d'intelligence vive et de compétence technique étendue, nous répondrions que ce n'est pas incompatible, et que, tout en étant un paranoïaque avéré, on peut cependant posséder des qualités d'intelligence et de technique. »

Notre pensée a donc été mal comprise par M. Heuyer, lequel croit que, dans cette phrase, nous avons voulu atténuer l'anomalie psychique de N..., alors que nous avons eu l'intention, plutôt, de la souligner, de l'affirmer, en invitant les profanes à ne pas se laisser leurrer par les apparences. Et cependant, si nous voulions maintenant défendre l'« intelligence » de N... et plaider contre sa « débilité », nous aurions la partie belle, toujours en tirant argument de ses escroqueries : tout de même, N... a su soutirer 200.000 francs (ou au moins 50.000 s'il n'y a eu qu'un quart d'appelé !) aux participants de la S.I.P.N.O. ! Il a su intéresser des administrations à ses projets, et des commanditaires, et des journalistes ! Il a su, par son chantage, se faire verser des fonds, pour aller en Algérie et en Argentine ! Donc, en tant qu'escroc et que maître-chanteur, N... n'est pas aussi dépourvu d'intelligence qu'on nous le dit !

Tout ce qui précède n'a encore que demi-importance. Délirant ou non délirant, inventeur qualifié ou non qualifié, d'une intelligence au-dessus ou au-dessous de la moyenne, N..., pour Heuyer et pour nous, est un déséquilibré, présentant des tendances paranoïaques, avec adjonction d'éléments pervers.

S'il n'est pas « un malade », nous dit alors Heuyer, il faut supprimer, des traités de psychiatrie, tous les chapitres qui concernent la mythomanie, les délires d'invention et les délires passionnels de la revendication.

Mais qu'est-ce qu'un malade ? A côté de la maladie proprement dite, il y a les tempéraments ou les constitutions psychopathiques. N... était, en somme, ce qu'il était, et pour M. Heuyer et pour nous. Lui et nous, le voyons certainement de la même façon. Et il y a plus de différence entre les modes d'expression de nos pensées qu'entre nos pensées elles-mêmes. N... est un paranoïaque et un de ces paranoïaques qui sèment le désordre et dont on ne sait que faire.

Et la seule question était de savoir ce qu'il fallait en faire. Il fallait en débarrasser la société, le mettre hors d'état de nuire, c'est évident, et nous sommes encore tous d'accord sur ce point. Mais sur les voies et moyens de cette neutralisation de la nocivité sociale de N..., M. Heuyer et nous divergeons. Notre collègue veut l'enfermer à l'asile, nous, nous voulons lui laisser suivre la filière pénale.

Car, à aucun moment, aucun de nous ne s'est pas posé la question sous cette forme. Quand Heuyer internait N..., il ne pensait pas que, à Sainte-Anne ou à Villejuif, on disposerait de ressources thérapeutiques efficaces à son égard.

M. Heuyer a-t-il eu la pensée, lors de l'internement, que cet homme malade, non traitable, devrait être maintenu toute sa vie dans un *in-pace* ?

Quand nous avons fait mettre N... en liberté, nous ne l'avons certes considéré ni comme normal, ni comme guéri, ni comme intimidé. Nous avons dit, dans notre rapport, qu'il était bon de suivre toujours la même règle de conduite vis-à-vis d'un sujet de cet ordre. Nous préconisions donc déjà, en quelque sorte, cette « unité de doctrine » que réclame M. Heuyer. Plaisamment, nous invoquions l'adage : « *Una via electa...* », et nous commentions : « Quand on a commencé par l'asile, il faut continuer par l'asile, et quand on a commencé à condamner, il faut continuer à condamner, à moins que le travers d'esprit n'ait évolué vers la psychose confirmée. » Et nous aurions bien voulu, vis-à-vis de N..., pouvoir agir en conséquence.

Mais malheureusement, la Société avait antérieurement réagi, vis-à-vis de N..., tantôt par la condamnation, tantôt par l'internement. Il fallait donc à tout prix, pour en sortir, nous mettre en contradiction avec quelqu'un. Nous avons opté contre l'internement parce que l'expérience, en général, a montré que l'internement d'un paranoïaque de ce degré et de cette forme, ne peut pas être, comme il le faudrait, indéfiniment maintenu, et parce que l'étude des avatars de N... laissait entrevoir la libération à plus ou moins brève échéance.

N... a été condamné quatre fois, en 1907, pour escroqueries et faux. En 1911, poursuivi sur plainte de M. D..., il est examiné par le D^r Voisin, qui conclut à l'irresponsabilité, sans plus. Naturellement, il recommence, d'où nouvelle plainte de M. D... C'est alors qu'on commet les D^{rs} Legras, Vallon et de Clérambault, qui concluent à l'irresponsabilité et à l'internement (19-7-12). Mais, dès le 31 juillet 1912, — avant la quinzaine — un certificat du D^r Colin (au Procureur) marque quelque hésitation sur la conduite à tenir : « Il y a lieu de l'observer plus longuement avant de donner, sur l'état mental de N..., interné à la suite d'une expertise médico-légale, un avis définitif. » A la quinzaine (6-8-12), le D^r Beaussart adopte une rédaction analogue. Le 26-8-12, le D^r Beaussart écrit : « Il doit être momentanément maintenu à l'asile... »

« *Momentanément* », le mot en dit long.

Le 9-9-12, le D^r Colin écrit : « Doit être maintenu *en observation*. » On sait ce que veut dire ce correctif. Le 5 novembre 1912, D^r Colin : Il y a lieu de l'observer plus longuement avant de la lui accorder (sa liberté). » On envisage donc la possibilité de l'accorder. Et, le 24 février 1913, le D^r Colin fait un certificat de sortie.

Et voici en liberté, au bout de sept mois, ce paranoïaque que l'on aurait voulu mettre définitivement hors d'état de nuire. En somme, il se présentait de telle façon que, dès le début de son internement, un aliéniste exercé, comme le D^r Colin, entrevoyait l'impossibilité pratique de le maintenir longuement.

M. Heuyer représente M. Colin comme ayant hésité à mettre N... en liberté : il serait tout aussi exact de dire que M. Colin hésitait à le garder, puisque, dès le début, il est question de maintien « en observation » ou « momentané ».

A peine sorti de l'asile, N... reprend ses agissements.

Notons, en mai 1927, deux condamnations : la navette entre la prison et l'asile s'organise.

Enfin, en octobre 1931, M. Heuyer fait interner N... Mais, à

l'admission, M. Simon conclut « A maintenir *en observation* ». Encore une fois, qu'on se rappelle la nuance que ce correctif « en observation » implique dans l'esprit de l'aliéniste. Cela veut dire : « Voilà un individu que j'hésite à garder. » Et, effectivement, dès le certificat de quinzaine, M. Truelle prend nettement parti contre l'internement, et conclut à la sortie. Et les certificats ultérieurs des médecins de Villejuif ne viennent pas contredire celui de M. Truelle.

On peut dire, en somme, que, tant en 1912-1913 qu'en 1931, aucun des aliénistes qui ont eu N... dans leur service, n'a fermement cru à la possibilité de le garder longtemps.

C'est donc en 1931 que nous sommes intervenus, comme experts-commis par le Tribunal de la Seine, et nous avons conclu à la mise en liberté, estimant que la voie pénale présentait plus de ressources que la voie manicomiale.

En dehors des objections fondamentales faites par M. Heuyer à l'égard de notre manière de voir, il y a une série de critiques secondaires, contre quoi nous devons nous défendre.

Il nous reproche d'avoir essayé de peser sur les décisions futures des experts qui pourraient être éventuellement nommés, lors de nouvelles poursuites exercées contre N... Quelles phrases vise-t-il ? Les deux suivantes :

a) Antépénultième aliéna de la discussion de notre rapport :

« Nous optons donc pour la mise en liberté immédiate, étant bien entendu que, si N... a commis des infractions pénales, il ne puisse exciper de son internement pour se présenter comme irresponsable, ou comme incomplètement responsable, et nous signalons par avance ce passage de notre rapport à tout expert qui serait par la suite appelé à l'examiner pour le compte de la justice criminelle. »

b) Dernier alinéa des conclusions :

« D'une façon générale, la répression pénale semble être le meilleur frein à opposer à l'activité de N... quand celui-ci enfreint les dispositions légales. »

Où M. Heuyer peut-il voir là que nous cherchons « à lier d'avance l'opinion d'un confrère » ? Si nous avons mal fait comprendre notre pensée, précisons-là :

La première phrase veut dire ceci : « Attention ! Nous faisons mettre en liberté N..., parce que nous ne le considérons pas comme un aliéné relevant de l'asile. Oui, mais N... a commis des actes délictueux, et la justice pénale pourrait l'agripper à sa

sortie de l'asile. Et alors, il ne serait pas étonnant de voir N..., qui se disait sain d'esprit à l'asile, exciper de son internement, une fois en prison, pour essayer d'échapper à la condamnation. » Et alors, nous criions gare à l'expert éventuel, afin qu'il ne tombe pas, par inadvertance, dans l'embûche de N... C'est un petit service qu'on peut rendre à un collègue d'attirer son attention sur un piège, et ce n'est pas « lier d'avance son opinion ».

Quant à la deuxième phrase, celle des conclusions, elle procède du désir de remplir complètement notre mission, qui est d'éclairer l'administration et la Justice. Elle veut dire ceci, à l'adresse du Parquet de la Seine, et même de la Préfecture de Police : « Nous faisons mettre N... en liberté. Vous nous objecterez peut-être que nous remettons en circulation un individu nocif. Mais nous vous précisons que, à défaut d'être bridée par l'internement, cette nocivité peut l'être par le jeu des lois pénales. »

C'est notre propre opinion que nous exprimons ; nous ne disons pas sa conduite à un expert futur, qui reste parfaitement libre de ne pas partager notre avis.

Enfin, M. Heuyer nous fait un nouveau reproche qui nous est plus sensible, parce que notre collègue nous croit vraiment plus naïfs que nature, à condition, du moins, que s'applique bien à nous la phrase suivante :

« La théorie de quelques psychiatres et médecins experts est de considérer ces paranoïaques comme intimidables et capables de rendre compte de leurs actes devant la justice. Cette conception ne nous paraît ni psychiatrique ni médicale. »

Jamais, au grand jamais, nous n'avons considéré que les paranoïaques, sauf exceptions — car il y a des exceptions partout, et en psychiatrie plus qu'ailleurs — puissent être intimidés par la sanction pénale, et surtout, jamais nous n'avons pensé qu'il pouvait y avoir une correspondance absolue entre la responsabilité pénale et l'intimidabilité.

Nous avons une vision plus simpliste et plus pratique du problème de la répression : quand un sujet, en raison de travers d'esprit échappant à une action médico-thérapeutique précise ou ne relevant pas de l'aliénation mentale confirmée, commet des infractions répétées, il doit, à notre sens, être condamné de façon aussi répétée, avec plein effet des clauses d'aggravation pour récidive, non en vue de son intimidation, ou de son amende-

ment — vues bien théoriques — mais en vue de sa ségrégation : qu'on le condamne pour le garder le plus longtemps possible en prison, ou au bagne, ou en état de relégation, parce que, tant qu'il sera l'hôte de l'Administration pénitentiaire, il ne pourra pas ennuyer les citoyens paisibles.

Nous pensons bien que la peine, pour ces sujets, n'a aucun caractère d'intimidabilité, ni d'exemplarité, qui sont d'ailleurs notions de criminologie transcendante agitées, surtout dans les Facultés de droit, par des savants de cabinet, peu familiers avec les réalités de l'instruction et de l'expertise, et peu habitués au contact des délinquants. Mais cette peine a du moins l'effet de retirer de la circulation ces individus dangereux, — à condition qu'on l'applique, et dans toute sa rigueur.

Et cela nous conduit à la dernière objection de M. Heuyer : Dans les affaires analogues à celles de N..., dit-il, que les médecins veuillent bien ne pas perdre de vue qu'ils doivent juger en médecins :

« Le rôle du médecin aliéniste n'est pas d'essayer d'adapter son diagnostic à des formules désuètes de répression pénale. Il doit s'efforcer d'amener l'autorité judiciaire et les pouvoirs publics à créer les institutions et les établissements qu'ont rendu nécessaires les progrès de la psychiatrie et de la criminologie. »

Ici, nous nous insurgeons, si vraiment M. Heuyer veut parler de la conduite à tenir au cours d'une expertise.

Nous nous insurgeons, parce que, à notre sens, l'expert doit raisonner *de lege lata* et non *de lege ferenda*. Il faut respecter la règle du jeu. Nous sommes régis par un Code Pénal déterminé, et, tant que ce code sera en vigueur, l'expert sera obligé d'en respecter les directives. A vouloir faire, de chaque rapport d'expertise, une défense et illustration de la criminologie future, on risquerait de bien compliquer les choses, et surtout de ne pas répondre aux questions posées.

En l'espèce, on nous demande si N... doit rester interné ou non. Nous pensons : non. Et nous répondons : non. Si le Tribunal a confiance en nous, il nous suit, et, dans le cas contraire, il ne nous suit pas. Et la solution est nette dans les deux cas.

Mais si nous répondons simplement en formulant des critiques sur la législation présente et des desiderata pour la législation future, nous nous ferons répondre ce que disait le Procureur général, aux débats du procès Gorguloff, à l'un des conseillers psychiatriques de la défense, qui s'élevait à des

considérations générales sur la réforme de l'expertise au criminel : « Vous venez nous raconter cela ici, Docteur, disait en substance le Procureur général ; mais vous vous trompez d'édifice ; c'est au Palais Bourbon qu'il faut aller le dire ! »

Il est donc à craindre qu'un expert sorte un peu de son rôle et paraisse oublier sa mission s'il utilise ses rapports d'expertise pour la propagande en faveur de ses idées sur la réforme pénale.

Mais surtout, précisons bien notre pensée. Il ne faut pas que M. Heuyer voie ici une critique ou un rejet des réformes qu'il préconise. Ce que nous contestons, c'est simplement l'opportunité d'en alourdir les rapports d'expertise, qui doivent rester conformes à la discipline courante.

Un dernier mot pour en finir avec l'affaire N... et à titre documentaire simplement ; il s'agit d'un fait postérieur à sa libération, et dont la mention complétera heureusement cette histoire.

Etant encore à l'asile, N... était sous le coup d'une inculpation nouvelle (infraction aux lois sur les sociétés), et l'un de nous a été commis par le Juge d'instruction, pour dire si N... était ou non responsable. Nous avons conclu à son entière responsabilité, restant ainsi fidèle à notre conception : du moment que nous faisons sortir N... de l'asile, il fallait le laisser répondre en correctionnelle.

Il est probable enfin que N... fera encore parler de lui. Et il est à souhaiter que son histoire continue à s'inscrire dans cette revue, car il est évidemment un paranoïaque d'envergure, très représentatif, et par sa physionomie propre, et par les problèmes médico-légaux que posent ses réactions antisociales.

M. HEUYER. — Il y a un an, j'ai fait à la Société une communication sur un « internement contesté ». Avant la séance, j'ai écrit à M. Genil-Perrin pour le prévenir que je serais obligé de discuter le rapport qu'il avait déposé dans cette affaire avec MM. Crouzon et Faure-Beaulieu. M. Genil-Perrin n'a pas assisté à la séance où ma communication a été discutée.

Je n'aurais pas pris la parole aujourd'hui à propos de la communication à retardement de M. Genil-Perrin si la mort de Clérambault et les incidents qui ont suivi ne m'y obligeaient. Dans la campagne de sottises et de haine qu'a provoquée l'annonce du suicide de Clérambault, parmi les infâmies répandues par des journalistes avides de scandale, nous avons retrouvé les calomnies déjà entendues : G. de Clérambault, médecin de l'Infirmerie spéciale, internait par ordre de la Préfecture de Police ;

G. de Clérambault s'est tué par remords de ces internements arbitraires qu'il avait accepté de certifier, etc. Dans ces sottises, j'ai retrouvé l'écho de propos tenus par certains médecins qui étaient ses adversaires. Ces médecins ont une part de responsabilité dans l'infâme campagne des journaux. Je ne veux pas insister davantage. Je répéterai seulement un mot de notre ami dont l'indépendance et la fierté auraient toujours refusé d'accepter un ordre d'un homme ou d'une administration : « il n'y a pas d'internement arbitraire, il n'y a que des sorties injustifiées. » J'ajouterai, en terminant, que les psychiatres doivent veiller à ne pas donner eux-mêmes des armes contre leurs collègues : ni les malades, ni les médecins, ni la défense sociale, ni la psychiatrie en général n'en tirent bénéfice.

M. Henri BARUK. — Je tiens à m'associer tout spécialement aux paroles que vient de prononcer M. Heuyer et à rendre hommage avec lui au grand clinicien français qui vient de disparaître. G. de Clérambault était un admirable artiste, et représentait une belle conscience. Quand on a pu étudier, comme nous l'avons fait maintes fois, les malades qui avaient fait l'objet de ses certificats, on ne pouvait qu'admirer la précision, la finesse, la vie et la note toujours si véridique de ces tableaux où étaient pris sur le vif l'aspect clinique et les traits saillants de la personnalité. D'une indépendance courageuse, et d'une probité absolue, l'homme était à la hauteur de son œuvre scientifique et a marqué de sa forte personnalité une des étapes de la psychiatrie française.

De quelques formules peut-être imprudentes de certificats d'internement, par M. Th. SIMON.

Je me demande si je n'ai pas tort de faire cette communication qui, d'ailleurs, sera très courte. L'idée m'en est venue par suite de certains embarras et de scrupules. Elle comprend, en fait, deux parties. Je commencerai par la plus délicate.

Un certificat d'internement (je pense que là-dessus nous sommes tous d'accord) doit mentionner les symptômes principaux de la maladie, et, pour finir, les réactions auxquelles expose le malade. Mais c'est à quoi aussi, me semble-t-il tout au moins, un certificat de placement doit se borner. Et ce qui m'y paraît, comment dirais-je, moins à sa place, ce sont des décisions d'avenir, ou l'indication de dangers plus théoriques, plus hypothétiques que prouvés. Dans un moment d'énervement une

femme se jette sur une infirmière qui la maintient et le fait est traduit par ces mots : idées homicides ; une autre, en désaccord avec son mari, déclare au commissaire qu'elle se tuera, et, comme elle a une fille, le certificat conclut : suicide collectif à craindre... Eh bien, ce sont des formules qui dépassent certainement les faits.

Les décisions à échéance me paraissent d'ailleurs plus graves, parce qu'elles ne sont pas seulement à mon sens des défauts de rédaction, mais en quelque sorte et jusqu'à un certain point, une usurpation de fonction. Si je lisais, par exemple : « à placer dans une section spéciale », ou « à maintenir à l'asile un temps prolongé... », dans un certificat de placement, j'estimerais que ce n'est pas sa place, la seule mesure de l'internement ne comportant ni une répartition, ni une durée déterminée. Ceci, c'est aux aliénistes dans le service desquels le malade est en traitement qu'il convient d'en décider.

Toutes ces formules, en effet, ne sont pas sans inconvénients, car elles lient plus ou moins les aliénistes qui, ultérieurement, auront à prendre une autre décision, celle de la sortie. Oh, sans doute, elles ne leur opposent pas un veto absolu. Mais les formules précédentes sont connues de l'Administration. Elles gêneront donc toute proposition différente.

Voilà un premier point. Un second point sera l'expression d'un scrupule. Nous avons l'habitude d'écrire : alcoolisme, paralysie générale, bref, de faire un diagnostic d'ailleurs quelquefois erroné. Or il y a aujourd'hui une telle intrication d'enquêtes médicales (médecins de compagnies, médecins de syndicats, assistantes sociales, etc.), que je me demande si l'on peut être bien assuré qu'il n'y aura pas d'indiscrétion. Le plus souvent, d'ailleurs, il ne semble pas qu'il y ait d'inconvénients ; les avantages même sont peut-être plus nombreux. Cependant ne conviendrait-il pas d'être plus réservé, et de mentionner seulement un ensemble de symptômes, d'après lesquels d'ailleurs le diagnostic serait pour nous aussi clair que nommément exprimé.

Voilà le dernier cas qui m'a fait me poser cette question : homme de 35 ans environ, pour lequel j'écris à l'entrée : alcoolisme avec accidents subaigus, etc. Quelque temps après, sa sortie est envisagée, et alors, plus apte à s'expliquer, il m'expose qu'il est en congé de l'administration à laquelle il appartient, ayant eu, l'année précédente, un ictère spirochétique. L'administration refuse de le reprendre, et ce n'est pas évidemment la communication de mon certificat qui pourrait l'y encourager.

Or n'est-il pas possible que sa spirochétose ait rendu cet homme plus sensible à l'alcool ? Un certificat autrement rédigé aurait plus aisément permis de défendre cette thèse, peut-être juste. Un énoncé des symptômes eût été moins brutal que cette formule : alcoolisme.

Voilà les deux ordres de faits sur lesquels je voulais avoir votre avis, encore que, je le répète, j'en exagère peut-être l'importance.

M. GENIL-PERRIN. — En ce qui concerne la rédaction des certificats fournis à l'administration, le médecin traitant doit se rappeler qu'il a le devoir de garder le secret médical. Il n'a pas à répondre, par exemple, à la demande d'un service administratif concernant la mise à la retraite d'un de ses malades. Ces réponses incombent au médecin particulier de ce service administratif, mais non au médecin de l'asile. Celui-ci n'a de certificat à fournir qu'au préfet, qui, il est vrai, peut le communiquer. Mais alors c'est le préfet qui fait la divulgation, car pour que le secret médical dû au malade assisté fût respecté, le service de l'assistance ne devrait pas communiquer à un autre service préfectoral le certificat du médecin traitant.

M. PICARD. — Je suis de cet avis. Et dans un cas semblable où il s'agissait d'une mise à la retraite, il m'a suffi de signaler au Préfet que le certificat médical qu'il me demandait ne devait pas être communiqué à un autre service, ni à un préfet d'un département voisin, pour que cette communication n'eût pas lieu.

M. MARCHAND. — En écrivant le mot alcoolisme, on peut en effet nuire au malade. L'administration qui l'emploie peut, par exemple, refuser de lui conserver son salaire pendant sa maladie. J'use donc de l'euphémisme : délire toxique d'origine alimentaire.

M. FRIBOURG-BLANC. — Aux termes de la loi du 31 mars 1919, tout réformé a le droit de demander copie du certificat médical de réforme, certificat modèle 10. C'est une disposition qui viole le secret médical, puisque c'est à la mairie qu'est demandée cette copie. Et elle expose le médecin, en outre, aux revendications plus ou moins dangereuses du réformé. J'ai vu un officier réformé pour troubles mentaux venir demander, au Val-de-Grâce, l'adresse du docteur Briand qui avait rédigé le certificat

de sa mise en réforme, pour aller le tuer, cela, peu de jours après la mort de notre confrère.

M. GUIRAUD. — Le certificat médical est bien souvent l'unique document sur la maladie d'un individu qui échappe à la destruction. Il faut donc qu'il soit aussi détaillé et aussi précis que possible. Et il est regrettable que, par beaucoup de médecins des hôpitaux évacuant un malade sur l'asile, ce certificat soit considéré comme une pièce purement administrative, destinée uniquement à déclarer le sujet dangereux, sans rien préciser sur les signes cliniques constatés.

M. BEAUDOUIN. — Il faut aussi ne pas croire aveuglément aux dangers signalés, même dans le dossier, car les familles désireuses de hâter l'internement les exagèrent parfois.

M. HEUYER. — A l'infirmerie de la Préfecture de Police, nous employons, d'une façon exceptionnelle, des formules hermétiques destinées à signaler le danger sans le détailler, surtout lorsqu'il s'agit d'états passionnels. Ce sont des invitations au médecin traitant à aller prendre connaissance du dossier avant de signer un certificat de sortie, surtout lorsqu'il croit pouvoir remettre le malade en liberté après un court séjour à l'asile. Je pense moi aussi que le secret médical devrait empêcher la communication du certificat aux services préfectoraux autres que celui de l'assistance.

M. MARCHAND. — Un malade atteint de psychose périodique peut parfaitement être pris d'une récurrence immédiate dès son retour à la liberté, récurrence qu'il était impossible de prévoir. J'estime donc que la mention faite parfois sur le nouveau certificat d'internement, lors du retour du sujet à l'infirmerie du Dépôt, que la sortie de l'asile a été prématurée, n'est pas scientifiquement fondée.

M. Xavier ABÉLY. — Le principe de la non-communication du certificat médical par le service d'assistance aux autres services départementaux est théoriquement souhaitable. Mais le Préfet qui demande au médecin traitant un certificat est aussi le juge qui décide de la mise à la retraite. Pratiquement, sa main droite ne peut pas ignorer les renseignements recueillis par sa main gauche. Il en est de même du médecin directeur qui, d'une part, constate en tant qu'administrateur l'incapacité d'un de ses employés, et qui, un beau jour, est obligé de demander, en tant que médecin, l'internement de cet employé atteint de délire alcoolique.

M. Th. SIMON. — Pour conclure, je crois qu'il est possible d'indiquer explicitement le diagnostic dans le certificat, sans le formuler. Il suffit de décrire tous les signes caractéristiques que l'on a notés. La lecture renseignera le médecin, sans rien apprendre aux profanes.

Il serait désirable, en effet, que les médecins fussent plus explicites quand ils évacuent un malade de l'hôpital sur l'asile. Une paralytique générale me fut envoyée sans que mention fût faite de son impaludation, ce qui est une omission très préjudiciable pour la malade.

L'utilité de la formule hermétique est exceptionnelle, et, chaque fois que je suis allé consulter le dossier d'un malade arrivant avec un certificat à formule hermétique, j'ai constaté qu'elle était inutilement appliquée, car le danger n'était pas grave.

Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale. Sa réalisation par certaines biles pathologiques de tubage duodénal. Action neurotrope comparative de la bile humaine de tubage duodénal, et de la bile animale. Rôle respectif de leurs principaux constituants chimiques, par MM. H. BARUK et L. CAMUS.

Résumé. — Les auteurs de ce travail ont étudié expérimentalement l'action de la bile humaine de tubage duodénal chez l'animal (souris, chat, cobaye, pigeon, etc...). Ils ont utilisé des biles de 18 sujets, comprenant 6 sujets normaux ou atteints de troubles digestifs légers, 6 sujets en état d'ictère, 6 catatoniques.

Les tubages ont été pratiqués grâce à la sonde et à la méthode rapide de L. Camus. Les biles recueillies étaientensemencées afin de vérifier l'aseptie. Les auteurs expérimentaient des biles A, B, C, de l'épreuve de Meltzer-Lyon. Des tubages ont été répétés et faits en série chez les mêmes sujets afin de contrôler les résultats.

La bile des sujets normaux ou atteints de troubles digestifs légers peut déterminer des troubles nerveux chez l'animal, consistant en *sommeil*, en *paralysie* et en troubles *organo-végétatifs* (dyspnée, et surtout ralentissement respiratoire, hoquet). La bile des ictériques a pu déterminer cinq fois une *catalepsie caractéristique* chez le pigeon. Il en fut de même pour la bile de deux catatoniques.

Les auteurs discutent l'origine de cette catalepsie expérimentale : ils ont pu éliminer le rôle de substances accidentelles liées au tubage. De même, ils n'ont pu reproduire la catalepsie ni avec du suc pancréatique, ni avec du suc duodénal. Ils pensent donc que cette catalepsie est liée à un principe contenu dans la bile de certains malades.

Toutefois, ils n'ont pu reproduire la catalepsie ni avec la bile ani-

male, ni avec les constituants chimiques de la bile (sels, pigments biliaires, cholestérine). Par contre, la bile animale détermine aussi du sommeil, des paralysies et des troubles organo-végétatifs. Ces troubles paraissent liés à l'action des sels biliaires.

Il est donc encore difficile d'identifier le principe cataleptigène contenu dans la bile de certains malades ictériques ou catatoniques. Toutefois, dans deux expériences, ce principe s'est montré thermolabile.

Les auteurs rapprochent ces données expérimentales de certaines données cliniques, notamment de la somnolence, des troubles musculaires et organo-végétatifs des ictériques, et, d'autre part, de certains états cataleptiques ou catatoniques survenant au cours ou à la suite d'affections du foie ou de la vésicule biliaire.

Cette communication paraîtra *in extenso*, comme *Mémoire original*, dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

Schizophrénie et ictère, par MM. H. BARUK et R. CORNU.

Il est classique de signaler au cours de la convalescence de quelques ictères une série de petits troubles nerveux, notamment une asthénie psychique et musculaire marquée. Dans certains cas ces troubles nerveux et mentaux peuvent être extrêmement accentués et aboutir à de véritables psychoses. L'attention mérite d'être attirée sur ces psychoses post ictériques. Certes, on connaît bien les troubles mentaux parfois très intenses qui peuvent accompagner la spirochétose ictérigène (Costa, Troisier), mais il s'agit en pareil cas d'une hépatonéphrite avec détermination neurotrope, et surtout réaction méningée. En dehors de la spirochétose, des ictères même bénins peuvent être, chez certains sujets, l'occasion du développement de troubles psychiques graves, parfois même d'états schizophréniques.

L'un de nous a rappelé dans une leçon récente le cas d'un malade qui a présenté à la suite d'une appendicite une série d'ictères à rechutes (1), accompagnés chaque fois d'un accès confusionnel. Puis, les poussées d'ictère se répétant, on vit se développer peu à peu un syndrome schizophrénique caractéristique (2). Dans un autre travail en collaboration avec le Professeur Claude et P. Meignant (3), il avait rapporté l'observation

(1) Le diagnostic de spirochétose ictérigène avait été complètement éliminé dans cette observation.

(2) H. BARUK. — Les formes dégradées de la confusion mentale. *Bulletin médical*, 13 janvier 1934.

(3) H. CLAUDE, H. BARUK et P. MEIGNANT. — Société de Psychiatrie, 16 octobre 1930. *Encéphale*, n° 10, 1930, p. 779.

d'un malade qui, à la suite d'une intoxication par la toxine typhique, avait présenté en même temps un ictère et un état catatonique. L'accès catatonique et l'ictère présentèrent un parallélisme frappant et disparurent en même temps.

Les quelques observations suivantes constituent d'autres exemples de syndromes schizophréniques consécutifs à des ictères :

OBSERVATION I. — M. An..., âgé de 25 ans.

En décembre 1930, alors qu'il était en Afrique Equatoriale, dans l'Oubanghi-Chari, a présenté un ictère intense. (Color. très jaune des téguments et des muqueuses, « comme un citron », urines excessivement foncées, presque noires, selles décolorées. Pas de fièvre. Pas d'hémorragies. Très fatigué à ce moment). Soigné à l'Hôpital européen à Bangui (une réaction de Wassermann faite alors aurait été négative).

Reste hospitalisé un mois et demi. Peu à peu se remet. Sort de l'hôpital en mars 1930, et est hospitalisé à Brazzaville (15 jours) en convalescence.

S'embarque le 1^{er} avril pour la France. Avant d'arriver à Bordeaux, petite fête à bord (boit un peu). Le lendemain de la fête commence à dire des paroles incohérentes, avec des idées d'auto-accusations (croyait qu'il était cassé, qu'il n'était plus sous-officier). Souvenir très confus de cette période.

Arrivé à Bordeaux, hospitalisé à l'Hôpital Saint-Nicolas (là enfermé deux jours en cellule, très impressionné par le souvenir de cette claustration). Ensuite, mis en observation jusqu'au 1^{er} juin, pleurait tout le temps, était triste ; disait que les journaux écrivaient contre lui ; croyait avoir donné sa démission, qu'il avait fait des bêtises, etc..., ne voulait même plus mettre son uniforme.

Part ensuite le 1^{er} juin, en Auvergne, chez un de ses oncles. Se repose, va mieux.

Le 1^{er} juillet, va à la campagne dans le Périgord avec son père. S'améliore, mais physiquement seulement. Moralement, restait triste, déprimé, n'ayant aucune initiative, restait sans cesse couché, ou étendu sur l'herbe.

Revient à Paris le 30 août 1931. Rejoint le Bourget (2 jours) d'où on l'envoie au Val-de-Grâce. Observé dans le service de Fribourg-Blanc et Gautier (ponction lombaire normale, Wassermann négatif dans le sang). Reste 15 jours au Val-de-Grâce. Sort ensuite en convalescence.

Depuis sa sortie, toujours triste, dit : « C'est fini, je suis perdu. »

Se plaint de céphalée continue tous les jours. Se sent *énervé*. Dort mal la nuit. Ne peut s'endormir. S'endort seulement vers le matin.

Absence d'initiative. Reste immobile sur une chaise. Reste couché

indéfiniment. Ne demande rien. Apathique. « Je ne suis plus le même, dit-il, je ne suis plus comme autrefois. » Indifférence affective.

Examens. — Aspect sombre, distrait, répond lentement. Mouvements lents ; s'arrête sans cesse au cours d'un acte commencé. Se déshabille en hésitant, s'arrête, se rhabille. Il faut commander geste par geste.

Tendance très nette à la conservation des attitudes.

Oreiller psychique.

Examen neurologique entièrement négatif.

Foie

Tension artérielle : 13-8.

OBSERVATION II. — M. Th..., 33 ans.

Début en novembre 1928 par un ictère, de type « ictère catarrhal » (coloration jaune, selles décolorées, urines foncées, pas de fièvre). On remarquait toutefois au cours de cet ictère quelques symptômes nerveux qui avaient frappé son médecin, c'est-à-dire :

1° de la céphalée,

2° de la somnolence,

3° enfin de l'anxiété, surtout la nuit (se levait, réveillait sa femme).

L'ictère s'atténue au bout d'une dizaine de jours. Au moment de la convalescence toutefois, le malade était très fatigué, et commença à présenter quelques moments de confusion : lors d'une de ses premières sorties, il s'aperçut soudain qu'il ne reconnaissait pas bien les rues et qu'il avait du mal à retrouver son chemin. Sa femme dut le ramener chez lui très anxieux. Peu après, tout d'un coup, il se leva au milieu de la nuit et partit dans la rue.

Peu à peu, ces troubles confusionnels s'accroissent. Le malade est lent, obnubilé. Transporté à l'hôpital St-Joseph, puis, les troubles mentaux s'accroissant, à l'Asile Ste-Anne.

Très rapidement s'installe un état hétérocatatonique typique : mutisme, catalepsie et négativisme, impulsions brusques (se couche soudain sous son lit), stéréotypies. Les mois suivants, cet état s'accroît, et s'accompagne d'hallucinations. Malade immobile, regard étrangement fixe, inerte, paraît absent, prétend qu'il répond « psychiquement » aux questions.

Cet état s'accroît durant plus d'une année. Le malade est alors transféré à l'Asile de Clermont de l'Oise avec le diagnostic d'hétérocatatonie.

A Clermont (service du Dr Lauzier), l'état du malade, d'abord stationnaire, commence à s'améliorer progressivement et au début de 1930 le malade peut sortir en pleine rémission, peut s'occuper, etc... Se maintient en bonne santé relative jusqu'à il y a un an. A ce moment, accès dépressif, avec lenteur de l'idéation, et s'étant produit

à l'occasion de troubles digestifs et hépatiques. Nouvelle rémission au bout de quelques mois.

Il est à noter, même au cours des rémissions, que le malade présente de temps en temps des ébauches de reprises de troubles mentaux (mentisme, bradypsychie) à l'occasion de la reprise de troubles hépatiques.

OBSERVATION III. — M. L..., 26 ans.

Il y a 3 ans, *ictère intense* avec fièvre ayant duré un mois ; persistance de troubles digestifs : état saburral digestif, subictère léger par intervalle, fatigue. Le malade a présenté depuis l'enfance des troubles hépatiques : a eu déjà, à l'âge de 10 ans, un *premier ictère*, moins intense cependant que le second.

La mère du malade est elle-même une grande hépatique (ictères, coliques hépatiques, etc.).

Début des troubles mentaux. — Depuis plusieurs années, le malade paraissait fatigué, sombre. Au début de juillet 1933, survient une angine avec fièvre à 39° n'ayant duré qu'une journée. Trois semaines après cette angine débute brusquement un syndrome hallucinatoire intense, avec hallucinations auditives, sensation d'être électrisé, anxiété. Le malade est hospitalisé à l'Hôpital Henri-Rousselle et interné à la Maison nationale de Charenton avec le certificat suivant du D^r Dupouy : « Est atteint d'un état anxieux vraisemblablement symptomatique d'une démence précoce en évolution. Idées de persécution avec syndrome hallucinatoire récent. Insultes. On le traite de pédéraste. Menaces de mort. Odeur d'éther et de chloroforme. Secousses électriques. Sensations génitales. On le fait éjaculer contre sa volonté ; on veut l'endormir pour faire des expériences sur lui, le voisin du dessous lui envoie des courants, ses aliments sont empoisonnés. Agitation anxieuse, gémissement, pleurs, insomnie, refus d'aliments par intervalle. Taciturnité habituelle. Nœvus de la main droite.. »

Après son entrée à la Maison nationale de Charenton, les troubles mentaux vont d'abord en s'aggravant ; le malade se plaint « d'entendre la voix d'une personne invisible, voix identique à celle que donne un poste à galène ». Il écrit sous sa dictée : « Tout se passe, dit-il, comme si on m'avait transformé en poste récepteur d'ondes hertziennes, en variant l'excitation, on peut me faire répéter par mes organes vocaux les paroles que le parleur inconnu émet. » Dessins symboliques, idées délirantes floues ; aprosexie. En même temps, les troubles digestifs sont très marqués (langue saburrale, digestions lentes, conjonctives subictériques).

Le malade est traité par des cholagogues successifs. Au début de février 1934, l'état digestif et mental s'améliorent. Les hallucinations sont moins actives. Sort en rémission le 8 mars 1934. Nous avons reçu tout récemment des nouvelles de ce malade, dont l'état se maintient satisfaisant.

OBSERVATION IV. — Mlle Pi..., 18 ans.

Début de la maladie il y a 4 ans à la suite d'une émotion (explosion d'une lampe à souder près d'elle ; elle n'avait pas été touchée, mais vive émotion). Trois jours après apparaît un *ictère intense* avec légère hépatomégalie. L'ictère dure environ un mois et s'atténue peu à peu.

Mais à partir de ce moment, l'état mental de Mlle Pi... se transforme complètement ; elle devient triste, maussade, ne s'intéresse plus à son travail, paraît absente ; suivant l'expression de sa mère, « elle n'avait plus d'idées suivies » ; change de places à plusieurs reprises, sans pouvoir s'adapter, puis finalement cesse tout travail. Enfin, en mai 1933, apparaît une syncope, puis des crises de larmes sans motifs, des fugues, suivies de crises d'agitation.

A l'examen, aspect inerte, indifférent ; regard vague, inexpressif ; absence d'activité ; réponses rares, tendance à la catalepsie.

La malade est soumise à l'isolement et au repos absolu. Peu à peu amélioration. Revue le 9 janvier 1934, très améliorée, a pu reprendre son activité, travaille comme domestique.

Les quelques observations précédentes montrent donc des exemples de syndromes schizophréniques survenus à la suite d'ictère. Nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs les interprétations complexes que peuvent suggérer ces observations. L'ictère ne constitue-t-il pas seulement une coïncidence ? Joue-t-il un rôle déterminant dans la genèse de la psychose, ou seulement un rôle occasionnel ? Enfin, comme la plupart de nos malades se sont améliorés, s'agit-il bien de schizophrénie ou de manifestations périodiques ? Telles sont les diverses objections qui peuvent nous être faites.

En ce qui concerne le premier point, sans doute, il serait désirable d'accumuler des exemples analogues beaucoup plus nombreux. Toutefois, si l'on rapproche ces 4 observations des cas que nous avons cités au début de ce travail, où l'on remarque un étroit parallélisme entre les poussées d'ictère et de psychose, on peut penser qu'il existe plus qu'une coïncidence entre l'ictère et les troubles mentaux.

L'ictère joue-t-il le rôle étiologique fondamental ou seulement occasionnel ? Certes, comme toujours, il faut tenir compte du terrain. Il est infiniment probable qu'un ictère, affection relativement banale, détermine surtout des troubles mentaux chez des sujets prédisposés. Nos malades avaient presque tous des antécédents nerveux héréditaires chargés. Mais, d'autre part, il faut tenir compte de l'accumulation de certaines causes acquises qui se renforcent : c'est ainsi que, dans notre observation III,

on notait, dans les antécédents du malade, un traumatisme crânien avec perte de connaissance et aussi quelques excès alcooliques qui, survenant sur un terrain nerveux et hépatique prédisposé, ont renforcé les conditions propres au développement de la psychose.

Quant au critérium évolutif, sa valeur est loin d'être absolue. On connaît bien maintenant ces poussées schizophréniques transitoires symptomatiques d'infections ou d'intoxications. Elles peuvent d'ailleurs, lorsqu'elles se répètent, aboutir à un état chronique, mais l'évolution vers la rémission ou la chronicité est surtout en rapport avec la nature et l'intensité des causes occasionnelles d'une part, avec la résistance du terrain, d'autre part. Notons d'ailleurs que, dans l'observation relatée par l'un de nous et à laquelle nous avons fait allusion au début de ce travail, les troubles mentaux répétés à l'occasion des nombreuses poussées ictériques ont abouti à un tableau de démence précoce profond et invétéré.

Nous venons de montrer toute la complexité des faits cliniques. Mais les données expérimentales permettent de les confirmer et de les préciser. Nous avons rapporté, dans une communication récente, les recherches faites par Baruk et Camus relatives à la réalisation d'une catalepsie expérimentale chez l'animal, notamment le pigeon, aux moyens de liquides de tubage duodénal prélevés sur des malades en état d'ictère. Nous avons vu que la substance cataleptigène contenue dans ces biles d'ictériques paraît indépendante des divers constituants chimiques de la bile normale. Ces données expérimentales méritent d'être rapprochées des faits cliniques de schizophrénie post-ictériques que nous venons de rapporter.

La question doit d'ailleurs être l'objet encore de longues études. Les troubles psychiques et psycho-moteurs consécutifs aux ictères sont-ils dus à la simple rétention biliaire, ou, au contraire, à l'action des mêmes causes toxi-infectieuses qui ont réalisé l'ictère ? Ce problème n'est pas encore résolu, bien que les recherches expérimentales que nous avons faites avec le Dr Camus plaident plutôt dans le sens de la seconde hypothèse.

Nous espérons, en tout cas, qu'au fur et à mesure que l'attention des cliniciens sera éveillée vers ces facteurs étiologiques, de nouvelles observations, nombreuses et démonstratives, pourront être portées au débat, et confirmeront l'importance de certains ictères dans la pathogénie de certaines démences précoces.

L'anxiété biliaire. Données cliniques et expérimentales sur l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs (en particulier respiratoires), par MM. H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU.

Résumé. — Série d'observations cliniques mettant en évidence une intrication de poussées anxieuses et de perturbations biliaires (cholécystite, etc.). Ces auteurs ont étudié expérimentalement, d'une part l'action de la bile humaine duodénale au cours d'un accès anxieux ; d'autre part, l'action des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs. Ils ont noté, au cours de ces expériences, des perturbations respiratoires chez le pigeon. Ils ont, d'autre part, inscrit graphiquement la respiration chez le lapin, à la suite d'injections intraveineuses ou sous-cutanées de sels biliaires. Ils ont noté, dans certains cas, un ralentissement progressif de la respiration, qui doit être bien distingué de certaines réactions de choc. D'autre part, ils ont mis en évidence, chez l'animal intoxiqué, une bradypnée brusque lors d'excitations réflexes (piqûre de la veine), qui n'a pas été retrouvée chez l'animal témoin.

Les auteurs discutent les rapports des perturbations biliaires et de certains troubles mentaux, en rappelant les données historiques et les récentes notions physiologiques.

Cette communication paraîtra *in extenso*, comme *Mémoire Original*, dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

Sur un cas d'hallucinoïse consécutive à une insolation,
par MM. J. LALANNE et J. DUMONT.

Nous croyons devoir publier l'observation suivante, qui nous a frappés, et par son caractère de rareté, et par les circonstances étiologiques précises qui nous semblent pouvoir être invoquées comme origine à des troubles psycho-sensoriels évoluant depuis vingt-deux ans.

L'intérêt de ce cas vient de ce qu'il soulève à nouveau le problème de la nature des hallucinations.

OBSERVATION. — E... Gustave-Fernand, 46 ans, ancien sous-officier de carrière, employé civil de l'armée, entre au service clinique du Dr Hamel, le 8 septembre 1934, présentant un accès d'éthylisme subaigu à son déclin, avec légère obnubilation psychique, la conscience d'un état morbide et le souvenir de scènes oniriques dont il nous décrit les caractères : prédominance nocturne, visions macabres et terrifiantes, processions et cortèges funèbres autour de son lit ; idées

médiuniques délirantes, impression chez le malade de transmettre sa pensée à distance et de percevoir la pensée de nombreux médiums qui l'entourent.

Les renseignements contenus dans le dossier nous indiquent qu'une nuit, particulièrement, le malade s'est montré excessivement violent, jetant ses meubles par terre, arrachant les fils électriques de son logement, ce qui a motivé une intervention de la police et l'internement d'office.

L'examen physique nous révèle : un volet de trépanation au niveau du pariétal droit (chute de bicyclette en 1922) ; des pertes de substance osseuse du massif facial droit et perte de l'œil droit (blessure de guerre en 1917) ; une hépatomégalie marquée (rebord hépatique débordant de trois travers de doigt les fausses côtes), sans ascite ni ictère.

Le malade se plaint de pituite matinale.

Au point de vue neurologique, nous trouvons des réflexes tendineux vifs, une diminution des cutanés abdominaux, une réflectivité pupillaire normale, du tremblement fibrillaire des extrémités.

Nous pratiquons les recherches biologiques courantes :

Sang : urée 0,49 ; Bordet-Wassermann négatif. Liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann négatif ; benjoin : 00000.00000.00000 ; lymphocytes : 0,2 ; albumine : 0 gr. 18.

Au service, le malade s'est montré, une seule nuit, légèrement agité, et, très rapidement, les signes de l'accès d'éthylisme subaigu ont disparu : il nous raconte alors son histoire pathologique avec une précision et une finesse supérieures à celles que l'on pouvait attendre d'un homme de son milieu.

Le sujet a eu une enfance tranquille, il ne signale aucun fait pathologique jusqu'en 1912. A cette époque, pendant son service au Tonkin, il est frappé d'insolation dans la cour de la caserne : il ne se souvient de rien, mais il sait par son entourage qu'il a perdu connaissance puis qu'à son réveil, il était entièrement troublé, gesticulant et mimant des scènes de combat ; cette période de confusion mentale aurait duré une quinzaine de jours au minimum.

Depuis cette époque, et constamment, E... a éprouvé des phénomènes hallucinatoires dont les caractères ont présenté des modalités variables :

Tantôt, pendant des périodes brèves et très rares, il a été sujet à des hallucinations qui s'accompagnaient d'une véritable conviction délirante ; le malade se croyait menacé et insulté par des voix émanant de certaines personnes de son entourage. Il se livrait alors à une enquête et, au bout de quelques jours, concevant l'inanité de ses soupçons, mettait les troubles en question sur le compte d'un vice de fonctionnement de son cerveau consécutif au « coup de bambou de 1912 ».

En dehors de ces périodes brèves, E... n'a jamais cessé de constater les phénomènes anormaux qui suivent : c'est lorsqu'il est seul et que le silence règne autour de lui qu'il entend le mieux une voix, impos-

sible à identifier comme venant d'un homme ou d'une femme. Cette voix n'est pas entendue par les oreilles, et quand nous demandons au malade d'en préciser les caractères, il dit spontanément « que ce n'est pas une pensée à lui, mais plutôt comme un écho de la pensée » (*sic*) : ou bien, on annonce ce qu'il fait ; ou bien, on répète ce qu'il dit ; ou bien, on pense avant lui ce qu'il faut faire.

D'autres fois, il perçoit « des intentions désagréables » et il engage alors un véritable dialogue, qu'il ne peut interrompre que par un gros effort de volonté de sa part.

Ces troubles apparaissent au malade comme étrangers à sa pensée ; cependant, comme il en connaît la période de début et en rattache l'origine à l'insolation dont il a été victime au Tonkin, il se raisonne et admet que « son cerveau est malade, sans cela il lui faudrait croire à des choses impossibles ».

Notre sujet, en raison de ces troubles qui lui étaient désagréables, menait une existence assez solitaire ; d'ailleurs, il n'a jamais parlé à personne de ses ennuis, de crainte qu'on ne le prenne pour un fou.

Il n'est pas réticent et reconnaît qu'à certains moments « il s'en est fallu de peu qu'il ne déraile ».

E... est en outre, nous le savons, un blessé de la face et a subi une trépanation du pariétal droit. Ces accidents supplémentaires n'ont en rien, depuis qu'ils se sont produits, influencé les phénomènes xénopathiques qui existaient précédemment, mais ont provoqué, par leur seul effet ou associés aux habitudes d'intempérance du malade, de nouveaux faits pathologiques :

Depuis sa trépanation, le sujet, qui est un buveur d'habitude, mais qui absorbe tous les jours des doses d'alcool régulières, a présenté cinq fois au moins des phénomènes pathologiques consistant en des états seconds de plusieurs heures, dont il n'a gardé aucun souvenir et dont il ne connaît l'existence que par les propos de son entourage.

Il procédait toujours de la même façon : se rendait dans une maison close et dépensait tout l'argent qu'il avait sur lui, ne donnant, d'après ceux qui l'accompagnaient, aucun signe d'ébriété. Ensuite, il ne se souvenait de rien. Ces allégations ne paraissent pas sujettes à caution, car le malade ne cache pas qu'il lui arrivait souvent, en pleine conscience, de fréquenter de discrets établissements, ce à quoi il ne voit d'ailleurs rien de répréhensible, car il est célibataire et ne veut à aucun prix aliéner sa liberté.

Si nous résumons les faits saillants de cette observation, nous voyons donc que notre malade a présenté :

1° Un épisode confusionnel consécutif à un ictus congestif par insolation.

2° Depuis cette époque, qui remonte à 22 ans, des hallucinations conscientes qu'il explique lui-même par un trouble de fonctionnement de son cerveau.

3° A plusieurs reprises, surtout au début, de brefs épisodes de conviction délirante qui n'ont jamais pris le caractère d'une véritable

psychose hallucinatoire durable ; en effet, il a lui-même fait la critique de ces explications délirantes, les a rectifiées et en a reconnu l'inanité.

Secondairement, il a présenté, à plusieurs reprises, des états délirants d'origine toxique, toujours très brefs, dus à l'alcool et, sans doute, favorisés par les traumatismes crâniens et par la trépanation qu'il a subis.

Il a remarqué que ces troubles passagers n'ont pas conditionné la moindre aggravation de l'hallucinoïse pré-existante.

Actuellement, E... est guéri de son dernier accès de délire éthylique subaigu, dont la durée a été très brève ; il ne présente aucune idée délirante et rien, dans son comportement, ne permet de déceler le moindre trouble des facultés intellectuelles.

COMMENTAIRES. — Cette observation nous a paru intéressante à un double point de vue :

c'est d'abord par la discrimination qu'elle permet de faire entre les phénomènes hallucinatoires constitutifs de l'hallucinoïse et les hallucinations toxiques qui ont pu coexister à plusieurs reprises sans se mélanger ni s'influencer ;

c'est ensuite par la possibilité de rattacher à un ictus congestif l'origine de l'hallucinoïse.

On saisit ici sur le vif les deux éléments nécessaires à la constitution de l'état délirant hallucinatoire :

- 1° l'hallucination elle-même ;
- 2° l'explication et la conviction délirantes.

Grâce à son intelligence, à son absence d'émotivité, il semble que le malade ait toujours échappé à l'emprise de ce deuxième facteur. Jamais cependant le phénomène hallucinatoire n'a régressé et jamais la volonté du patient n'a pu avoir sur lui aucune action.

Ces considérations sont en faveur de la nature organique de l'état qui permet l'apparition du phénomène hallucinatoire, lequel semblerait ainsi intimement lié aux désordres cérébraux qui ont accompagné l'insolation.

Nous considérons donc l'accès confusionnel qui a suivi l'insolation comme une encéphalite psychosique aiguë dont l'hallucinoïse a constitué une séquelle non délirante.

Comment comprendre le rôle des altérations cérébrales contemporaines de l'insolation dans la genèse d'un phénomène d'hallucination ? L'hallucination est un fait positif, la lésion un fait négatif, qui peut bien créer une carence mais ne peut donner lieu à aucune manifestation d'activité.

La formulation verbale d'une pensée, si fruste soit-elle, et

même son stade prémonitoire, la pensée indistincte, sont des éléments positifs dont le développement ne peut se faire que par le mécanisme habituel de la pensée. Même si cette première manifestation de la pensée est conçue par le sujet lui-même, comme ne lui appartenant pas en propre, son élaboration est cependant le fait d'un mécanisme sain et ne peut être le résultat direct d'une lésion. Il est essentiel de remarquer que, dans l'hallucination consciente de l'hallucinoze, le phénomène xénopathique existe au même titre que dans l'hallucination dite vraie. Dans l'un et l'autre cas, il constitue, sinon le tout, du moins le caractère le plus important de l'hallucination.

A ce titre, il est une altération de la conscience, et par conséquent il menace la personnalité. Celle-ci ne peut se maintenir indemne que par le fait d'une rectification, difficile dans les premiers temps de la maladie, facile et devenue automatique avec le temps.

Cela revient à dire que la lésion crée, non pas l'hallucination, même consciente, mais seulement les conditions d'une certaine altération de la conscience.

La psychologie traditionnelle, usant de l'introspection et résolvant tout en états de conscience, a pris pour matériaux de ses explications des abstractions telles que : Image, Idée, Attention, etc..., qui comptent précisément parmi les manifestations de la pensée liées à l'intégrité de l'encéphale.

Le mécanisme de l'intégration par le cortex des sensations et des actions sous-jacentes, mécanisme qui est à la base de la conception biologique de la conscience, est loin d'être éclairé dans son ensemble.

A vrai dire, nous n'en connaissons que le point de départ, la perception et l'aboutissant, l'action.

Pendant quelques stades nous suivons les voies d'associations élaborant les perceptions ou gnosies et nous ne pouvons suivre à nouveau le trajet de l'influx nerveux qu'au stade immédiat de l'action.

Les progrès dans l'analyse des phénomènes de plus en plus subtils sont lents, mais, éclairés par les données nouvelles, telles que celles de l'accord chronologique des neurones, ils permettent de concevoir la conscience normale comme dépendant d'une intégration correcte au moi de phénomènes dynamiques unissant la perception à l'action sans solution de continuité.

Cette conception biologique de la conscience nous ramène à celle du noyau organique de l'automatisme mental de G. de Clérambault.

Elle nous permet de considérer le phénomène hallucinatoire comme comportant deux stades :

1° une altération de la conscience (qui peut être et doit être fréquemment la conséquence d'une atteinte organique des centres nerveux ;

2° la formulation parasite d'une pensée plus ou moins fruste prenant le caractère de phénomène xénopathique.

Un troisième stade correspond soit à l'explication délirante du phénomène, dans le cas de la psychose hallucinatoire, soit à la rectification et à la réintégration dans la personnalité, en ce qui concerne l'hallucinoïse (conscience du caractère pathologique du phénomène).

La conséquence pratique de cette conception est qu'une lutte efficace entre l'élément xénopathique et la rectification peut être soutenue, avec l'aide du psychothérapeute, tant que la conscience et donc la personnalité du malade ne sont pas trop altérées.

N. B. — A l'occasion de cette observation, nous avons été surpris de ne rencontrer dans la littérature qu'un nombre très restreint de travaux concernant les conséquences neuro-psychiatriques de l'insolation.

Régis, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Limoges (1901), dans un rapport intitulé « Insolation et Psychose », passe en revue divers travaux antérieurs à cette date et conclut en assimilant les troubles cérébraux de l'insolation à ceux des confusions mentales toxi-infectieuses.

Rayneau signale des phénomènes épileptiformes avec fugues et absences consécutifs à une insolation.

Hyslop (Sunstroke and insanity) signale de la même façon des accès de désorientation avec absences et des troubles moteurs et sensoriels.

Ribot (Maladies de la personnalité) cite un individu qui, à la suite d'une insolation, a présenté une confusion mentale d'une durée d'un mois, puis ensuite des hallucinations visuelles et auditives conscientes.

Un cas d'éreutophobie et ses conséquences au point de vue militaire, par M. M. GAUTHIER.

Depuis longtemps, on a insisté sur le caractère de gravité de certaines phobies et les entraves qu'elles apportent à la vie sociale. S'il n'est pas exceptionnel d'observer à ce sujet des idées

de suicide et des réactions médico-légales, celles qui ont illustré la courte vie militaire du soldat C... nous ont paru cependant intéressantes à rapporter.

C'était un éreutophobe, étudiant en droit, sans passé pathologique organique sérieux, incorporé dans l'armée en avril 1930. Au point de vue psychique, il était d'une intelligence très ordinaire ; hyperémotif constitutionnel, son passé était celui d'un timide douteur et scrupuleux. Il était enfin doué d'une instabilité vaso-motrice très grande et rougissait à tout propos. Cette infirmité dont il situait l'apparition vers la 10^e année, lui avait rendu très pénible la vie collective du lycée, où les moqueries de ses camarades l'avaient fait vivre dans un état d'appréhension et de subanxiété constantes. Aussi s'était-il de plus en plus polarisé sur son infirmité.

Pour cette raison et cette raison seule, il avait refusé de préparer l'Ecole de St-Cyr où son père, ancien officier, aurait voulu le voir entrer. Il s'était orienté vers des études de droit et une vie de bureau où il pourrait, pensait-il, s'isoler et éviter ce qu'il redoutait le plus : les occasions de paraître en public et de rougir.

Nous n'insisterons pas sur la vie au ralenti que menait ce malade, cantonné dans son milieu familial, subanxieux dès qu'il avait à paraître en public et qui présentait toutes les craintes habituelles de ces sujets.

Il redoutait la société des femmes, s'empourprait aussitôt en leur présence et n'avait jamais connu que des pratiques solitaires, d'ailleurs peu développées.

Plusieurs années à l'avance, l'idée du service militaire l'avait inquiété, non qu'il en redoutât les fatigues ou la discipline, mais à cause du seul souci de son infirmité, qui ne manquerait pas, à son sens, de lui valoir les moqueries de l'entourage. Enfin, la promiscuité de la chambrée et l'idée du déshabillage en commun lui étaient, par avance, insupportables.

Ce fut dans ce désordre de l'esprit qu'il aborda le service militaire à 23 ans. Il avait d'ailleurs de qui tenir, son père, ancien officier, émotif subanxieux, avait fait une tentative de pendoison à l'occasion de son entrée dans l'armée, — sa mère, grande nerveuse, avait été muette à la suite d'un choc émotif, — une tante paternelle, enfin, était internée.

Son voyage de Brest à Paris s'était passé dans un état de subanxiété constante, où l'appréhension de rougir, dès son premier contact avec la vie militaire, s'alliait à la crainte de ne pas trouver la caserne. Et déjà il évoquait l'idée de la mort avec complaisance.

Parvenu à Vincennes, il lui fallut demander son chemin à un agent. Il rougit violemment, l'agent sourit et fut ainsi la cause d'une bouffée anxieuse et d'une fugue immédiate, qui se termina à Brest au domicile familial.

Renvoyé à Paris dès le lendemain par son père, après un accueil

sévère, il arriva jusqu'à la porte du quartier où stationnait le sous-officier de garde. Mais, plus que jamais, en proie à sa phobie, il ne put se résoudre à l'aborder, à surmonter son anxiété et reprit le chemin de la Bretagne. N'osant plus rentrer chez lui, il erra 14 jours dans Brest et aux environs, et, enfin, ne sachant comment sortir de la situation illégale où il s'était mis, persuadé d'ailleurs qu'il lui serait toujours impossible de surmonter ses craintes, il mit à exécution ses idées de suicide et se jeta à l'eau dans la rade. Repêché par un matelot, il fit dès le lendemain une deuxième tentative, moins sérieuse que la première (coups de couteau superficiels de la poitrine).

Après guérison, son père le ramena lui-même au régiment, où le médecin l'hospitalisa immédiatement dans notre service.

C'était un sujet qui présentait les signes habituels de la constitution émotive de Dupré, mais dont l'examen neurologique et organique était par ailleurs négatif. Il souffrait beaucoup de son éreutrophobie et de ses conséquences, mais il n'avait jamais pu, disait-il, la surmonter. Aussi le suicide lui était-il finalement apparu, à l'occasion des perturbations émotives de l'incorporation, comme la seule solution possible.

Ce malade fut, bien entendu, immédiatement éliminé de l'armée à titre définitif.

L'éreutrophobie est chose fréquente, bien connue dans ses manifestations depuis les études de Pitres et Régis, d'Hartenberg, Bechterew, les observations de Brassert, Luzenberger, etc., et notre observation ne nous aurait pas paru propre à retenir l'attention de la Société, si l'infirmité du soldat C..., petite en soi, n'avait été grande par l'état de subanxiété permanente qu'elle avait créé et qui devait conduire ce malade au délit militaire et au suicide.

Si les idées de suicide ont déjà été signalées plusieurs fois au cours de l'éreutrophobie, il ne paraît pas que leur mise à exécution soit très fréquente. Pitres et Régis les signalent toutefois chez un de leurs malades et Bechterew en a montré la possibilité au cours des états anxieux, qui accompagnent l'appréhension du retour de ces accidents.

Enfin, cette observation souligne, une fois de plus, l'importance du choc produit par le déracinement et l'incorporation dans l'armée chez des émotifs morbides, dont l'affectivité est en état d'équilibre instable. Elle prouve la difficulté de leur adaptation à la vie collective.

Du point de vue professionnel, elle montre enfin le caractère de gravité de certaines phobies, et, à ce sujet, il n'est pas exceptionnel d'observer dans l'armée, chez des officiers en particulier, des craintes obsédantes insurmontables qui brisent leur carrière.

M. FRIBOURG-BLANC. — A l'occasion de cette communication, et de l'élection de mon collègue de l'armée, le D^r Gauthier, comme membre correspondant national, je tiens à remercier la Société médico-psychologique de l'accueil toujours si affectueux qu'elle veut bien réserver aux médecins de l'armée et à souligner tout l'intérêt de cette collaboration toujours plus étroite entre la psychiatrie militaire et la psychiatrie en général.

Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante,
par MM. FRIBOURG-BLANC et LASSALE.

Résumé. — Observation de trypanosomiase dont l'évolution fut marquée par d'importants troubles psychiques : infestation en novembre 1932. Apparition en février 1933 d'accès de somnolence et de troubles accentués de l'humeur et du caractère.

Le malade est vu en novembre 1933 : multiples signes somatiques, importantes modifications du liquide céphalo-rachidien, présence de trypanosomes dans le sang. Traitement par la tryparsamide qui déclencha, dès la 3^e injection, une grave bouffée délirante à base d'idées de persécution, avec alternatives d'agitation et de stupeur anxieuse, inertie totale, mutisme, refus d'aliments, accompagnée de fièvre pendant quelques jours.

Régression en quelques semaines des accidents aigus mais persistance pendant plusieurs mois d'un état de tristesse morbide, d'indifférence, d'inactivité, d'irritabilité avec violents raptus coléreux. Actuellement, après une dose totale de 64 gr. 50 de tryparsamide, la guérison clinique est à peu près complète. Le liquide céphalo-rachidien ne présente plus qu'une fluctuation du benjoin dans la zone méningitique.

Les auteurs insistent sur la fréquence et l'importance des troubles mentaux dans la trypanosomiase, la précocité parfois de leur apparition, rappellent les analogies cliniques et anatomo-pathologiques de certaines formes avec la paralysie générale, rapportent à une réaction du type Herxheimer les accidents aigus observés chez leurs malades, signalent le remarquable résultat obtenu par l'emploi de la tryparsamide.

Cette communication paraîtra *in extenso*, comme *Mémoire Original*, dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 8 Novembre 1934

Présidence : M. VURPAS, président

Sur les altérations du nerf phrénique dans la phrénicectomie par arrachement, par M. ANDRÉ-THOMAS.

M. André-Thomas a pu, dans six cas, retrouver les altérations décrites récemment par MM. Lhermitte et Trelles, morcellement du cylindraxe, rétraction, dispersion en boules de la myéline. L'auteur ne pense pas que, malgré la sensibilité lésionnelle, les altérations de la commotion médullaire ressortissent à la même pathogénie. En outre, la douleur de l'épaule ressentie au moment de l'opération est due, non pas à une anastomose sensitive mais à des fibres sensitives aberrantes contenues dans le tronc du phrénique.

Spasmes toniques du cou post-encéphalitiques avec troubles spasmodiques de la parole entraînant l'aphonie, par M. G. HEUYER et M^{lle} Claire VoGT.

Sujet de 20 ans présentant, depuis la première enfance, des spasmes toniques du cou entraînant des mouvements variés de la tête avec accès de torticolis spasmodique gauche. Ils sont associés à une aphonie d'origine uniquement spasmodique et comparable aux troubles spasmodiques observés dans le bégaiement. Origine encéphalitique de ces troubles (encéphalite vers un an ; hypotonie et tremblement du membre supérieur droit ; paralysie oculaire de la convergence. Hyperglycorachie du liquide céphalo-rachidien).

Discussion. — M. Barré pense qu'il s'agit plutôt ici de mouvements anormaux du cou que de torticolis spasmodique.

M. Baudouin ne considère pas comme démontrée l'origine encéphalitique de ce cas.

Poliomyélite antérieure chronique, par MM. J. HAGUENAU et Al. NEGREANU.

Ces auteurs rapportent un cas de poliomyélite antérieure chronique avec atteinte élective des muscles extenseurs, sans troubles des réflexes, sans signes pyramidaux, sans amyotrophies et sans contractions fibrillaires. Ils se demandent s'il ne s'agit pas là d'une maladie autonome. Ils posent le problème des rapports existant entre la poliomyélite antérieure chronique et la poliomyélite antérieure subaiguë d'une part, la sclérose latérale amyotrophique d'autre part. Les auteurs insistent sur l'aspect polynévritique de l'affection.

Torticolis spasmodique avec syndrome cérébello-pyramidal d'origine spécifique, par MM. Henri SCHAEFFER et R. BIZE.

Les auteurs relatent l'observation d'une femme de 39 ans qui présente un torticolis spasmodique droit ayant débuté, il y a 3 ans, et possédant tous les caractères du torticolis dit mental. Depuis quelques mois, apparition d'un syndrome pyramidal avec exagération des réflexes tendineux, extension de l'orteil ; d'un syndrome cérébelleux fruste avec troubles de la statique ; et une asymétrie des réactions vestibulaires avec hyperexcitabilité du côté droit. L'existence d'un Wassermann négatif suspect dans le sang, légèrement positif dans le liquide céphalo-rachidien, d'un benjoin positif, et l'amélioration de l'ensemble du syndrome neurologique sous l'influence du traitement spécifique confirment l'opinion des auteurs que les accidents présentés par cette malade sont liés à une spécificité évolutive du névraxe.

A propos des difficultés du diagnostic entre certaines tumeurs frontales et les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Méningiome de la région olfactive droite avec épreuve de Delmas-Marsalet positive des deux côtés et persistant après l'ablation de la tumeur, par MM. P. MOLLARET, M. DAVID et M. AUBRY.

Présentation d'un malade opéré et guéri d'un méningiome de la région olfactive droite, et chez lequel un certain nombre de symptômes plaident en faveur du siège postérieur de la tumeur. La recherche, avant l'opération, de l'épreuve de Delmas-Marsalet, avait montré une inversion de la déviation post-giratoire, mais inversion identique des deux côtés ; celle-ci persiste encore deux mois après l'ablation de la tumeur. De nouvelles recherches s'avèrent donc indispensables pour préciser la signification de la bilatéralité d'un tel phénomène, au point de vue de sa physio-pathologie et de sa valeur localisatrice.

La forme radiculo-cordonnale postérieure de la maladie de Friedreich. — Ses analogies avec la maladie de Roussy-Lévy, par MM. P. MOLLARET et M. CACHIN.

Présentation d'un cas de maladie de Friedreich, dans lequel prédominent des douleurs à type de radiculalgies, l'atteinte des sensibilités pro-

fondes, l'aréflexie tendineuse, l'hypotonie et une légère ataxie. Un tel syndrome, observé également chez la sœur du malade, présente de grandes analogies avec la maladie de Roussy-Lévy, mais il pourrait être considéré comme la forme radiculo-cordone postérieure de la maladie de Friedreich et rentrant, avec l'héréditaire-ataxie cérébelleuse de P. Marie et certaines paraplégies familiales, dans le groupe homogène de l'héréditaire-dégénération spino-cérébelleuse.

Syndrome de sclérose latérale amyotrophique consécutif à une encéphalite léthargique, par MM. Jacques DECOURT, P. MATHIEU et L. MEYER

Présentation d'une femme de 32 ans, chez laquelle on observe, dix-sept ans après une encéphalite léthargique typique, un syndrome de sclérose latérale amyotrophique : signes pyramidaux, atrophies musculaires du type myélopathique, atteinte bulbaire, absence de troubles de la sensibilité. Les auteurs insistent sur les caractères cliniques qui différencient ce syndrome de la maladie de Charcot proprement dite ; coexistence de troubles moteurs du type extra-pyramidal présence de secousses musculaires apparentées aux myoclonies, lenteur extrême de l'évolution.

Un cas de sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire.

Opération. Guérison, par MM. ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME.

Ces auteurs rapportent un cas de sciatique, consécutive à une hémorragie tronculaire survenue à l'occasion d'un effort. Le diagnostic étiologique et topographique des lésions reposait essentiellement sur l'étude des commémoratifs et sur la constatation d'un point douloureux fixe sur le tronc sciatique. L'existence d'élancements névralgiques provoqués par la toux était classiquement en faveur d'une sciatique haute, radiculaire ou funiculaire ; les auteurs critiquent l'interprétation habituellement donnée au signe de la toux.

L'intervention chirurgicale confirme le diagnostic clinique et fut suivie de guérison.

Pneumatocèle intra-cranienne ; constatations opératoires, par MM. DEREUX et SWYNGHEDAUW (de Lille).

Observation d'un malade atteint de pneumatocèle intra-cranienne et développement des constatations que les auteurs ont pu faire au point de vue clinique, radiographique et opératoire. L'intervention a permis notamment : de préciser le siège de la poche aérienne, le point d'entrée de l'air, et le mécanisme de production des symptômes de localisation.

Deux cas de torticollis spasmodique guéris par l'opération de Mackensie, par MM. ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME.

Présentation de deux cas de torticollis spasmodique guéris par la section du spinal médullaire, des quatre premières racines sensitives cervicales et des trois premières racines motrices cervicales. Les auteurs insistent sur l'heureuse influence de la section des racines sensitives, qui détermine une diminution durable du tonus des muscles du territoire correspondant ; elle ajoute ses bons effets à ceux de la section des racines motrices, qui ne paralyse qu'une partie des muscles du cou.

Étude expérimentale sur les effets de l'intoxication par le diethylphosphate de plomb sur le système nerveux, par MM. J. LHERMITTE, KULIKOWSKI et J. O. TRELLES.

Ces auteurs ont injecté le composé organique de plomb dans la circulation générale et sous la peau chez une série de lapins adultes, de manière à réaliser une intoxication assez rapidement nocive. Chez les animaux les plus atteints, on constate au bout d'un mois d'injections quotidiennes, un amaigrissement, une paraparésie, des troubles des sphincters.

Anatomiquement, les lésions montrent dans tous les cas, des altérations portant au maximum sur le cortex cérébral et cérébelleux et la substance grise spinale. Les nerfs périphériques sont remarquablement conservés. Sur le cortex cérébral, ce sont les 4^e et 5^e couches qui sont les plus atteintes et, sur le cervelet, les cellules de Purkinje et du noyau dentelé ; sur la moëlle, les cellules radiculaires antérieures. Les cellules nerveuses sont seules affectées, les vaisseaux, les méninges et la névroglie ne présentent aucune réaction. L'intoxication par le diethylphosphate de plomb crée donc des altérations dans le système nerveux assez différentes de celles que l'on attribue encore aujourd'hui au saturnisme professionnel.

Sur le noyau tangentiel de l'hypothalamus et ses connexions, par MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER.

Poursuivant leurs recherches sur la région hypothalamique, MM. G. Roussy et M. Mosinger précisent que le noyau tangentiel qui s'étend de la région pré-optique jusqu'au noyau mamillaire latéral peut être divisé en 5 segments : le segment pré-chiasmatique, le segment antéro-externe, le segment retrochiasmatique, le segment postéro-interne et le segment dorsal. L'étude des connexions du noyau tangentiel montre : 1^o que ce noyau peut être considéré comme un seul centre excito-sécrétoire principal de l'hypophyse ; 2^o que le noyau tangentiel innervant la rétine joue très probablement sur celle-ci un rôle trophique et excito-fonctionnel.

Sur la zone pré-optique, par MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER.

La zone pré-optique correspond à la région de la base du cerveau, qui est développée autour du recessus pré-optique (ou sus-optique). Cette zone, peu importante chez l'homme, présente toutefois, comme chez les mammifères, les mêmes formations nucléaires, c'est-à-dire les mêmes segments topographiques. Ceux-ci correspondent : 1^o à la substance grise périventriculaire ; 2^o, à la substance grise fondamentale de l'aire pré-optique.

Les auteurs précisent les caractères cellulaires et les connexions de ces différents segments tels qu'ils ont pu les étudier sur des coupes microscopiques sériees.

L'étude des différentes connexions nerveuses de cette zone pré-optique montrent qu'elles entrent en rapport avec les noyaux olfactifs sensoriels, les noyaux olfacto-moteurs et olfacto-végétatifs, avec les centres végétatifs effecteurs (hypothalamus et peut-être centres mésencéphaliques) et aussi avec les centres sensitivo-végétatifs (noyaux thalamiques ventral, interne) et les centres moteurs extrapyramidaux. C'est une formation olfacto-motrice à prédominance effective.

Observation anatomo-clinique d'un syndrome paralytique unilatéral des quatre dernières paires craniennes (syndrome condylo-déchiré postérieur) seule traduction clinique d'une échinococcose primitive de l'os occipital, par MM. E. KREBS, J. LEMOYNE, G. LOISEL et P. BISSERY.

Observation clinique d'un syndrome qui s'était établi progressivement en un an et demi, devait durer un peu plus de deux ans et ne s'était jamais accompagné ni de signes de compression intra-cranienne ni de symptômes pyramidaux ou cérébelleux. Les radiographies de la base du crâne étant négatives et en l'absence de tous signes de méningite syphilitique, une intervention, qui devait porter sur la fosse postérieure, fut proposée au malade qui la refusa. Il devait succomber six mois plus tard à une crise d'œdème aigu du poumon. L'autopsie révéla avec l'intégrité de tous les viscères, toute une série de vésicules hydatiques de la fosse cérébelleuse entre la dure-mère et le cervelet et entre la dure-mère et l'os, toutes ces vésicules développées secondairement à une échinococcose primitive de l'os occipital, ainsi que le prouva l'examen histologique. La nécrose englobait d'un seul côté le trou condylien et le trou déchiré postérieur dans lequel siégeait une vésicule hydatique par surcroît. L'intérêt de l'observation, évident en lui-même, réside encore sur le contraste des résultats de la compression du cervelet et de celle des nerfs craniens, et anatomiquement sur l'apport qu'elle apporte à la théorie de l'origine osseuse des échinococcoses cranio-vertébrales.

P. MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

Séance du 12 Novembre 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

**Discussion de la communication de M. VIGNES
sur la « Thyroïdomanie » (séance du 8 octobre 1934).**

M. Duvoir cite le cas d'une femme qui, pour maigrir, fit usage d'un produit spécial à base d'extrait thyroïdien et qui, malgré les conseils qui lui furent donnés, poursuivit cette médication qui provoqua la mort. Il pense qu'il ne s'agit pas là de thyroïdomanie, mais de « lipophobie », trouble psychique assez fréquent, surtout chez la femme, et qui conduit soit à des restrictions alimentaires, soit à l'abus de médicaments nocifs.

M. Vignes signale qu'en effet, les gynécologues voient souvent des fem-

mes atteintes de cette « lipophobie ». Un certain nombre d'entre elles emploient contre leur tendance à l'embonpoint un médicament aujourd'hui à la mode : l'alpha-dinitrophénol 1.2.4. dont les propriétés ont été étudiées par Magne, Mayer et Plantefol, et qui peut conduire à des intoxications graves. A doses modérées, ce produit active les combustions organiques, d'où son emploi contre l'obésité. La dose de 3 milligr. par kilog d'individu augmente le métabolisme basal, la dose de 5 milligr. détermine la sudation, la dose de 9 milligr. provoque l'hyperthermie, celle de 50 milligr. entraîne la mort.

Mais certains sujets peuvent succomber à l'ingestion de doses faibles. De plus, l'alpha dinitrophénol peut provoquer l'agranulocytose. Enfin, certains sujets ont tendance à outrepasser les doses normales et à s'intoxiquer, il s'agit alors d'anormaux psychiques. Mais il convient de les protéger contre eux-mêmes et il y aurait lieu d'attirer l'attention des pouvoirs publics contre les dangers éventuels de cette drogue dont il faudrait réglementer la vente.

M. Fabre s'associe à l'opinion de M. Vignes, et signale la dangereuse publicité faite en faveur de l'alpha-dinitrophénol. Il a demandé son classement au tableau A.

M. Balthazard pense qu'il n'y a pas intérêt à augmenter indéfiniment la liste des produits du tableau A, liste qui est déjà trop longue. Mais il faudrait que les pharmaciens respectent la loi de Germinal et ne délivrent pas de médicaments sans ordonnance.

**Fracture de la VI^e cervicale au cours d'une pendaison-suicide,
par M. DUCOSTÉ et M^{me} FORTINEAU.**

Ces auteurs rapportent le cas d'un aliéné, syphilitique ancien, âgé de 50 ans, qui tenta de se suicider par pendaison. Il était monté pour cela sur un meuble et avait accroché la corde à un clou planté au mur et situé à deux mètres du sol, puis s'était précipité dans le vide. Il tomba assis sur le parquet, la tête retenue par la corde et fortement fléchie en avant. Immédiatement secouru, le malade ne mourut pas et les radiographies pratiquées révélèrent une fracture de la 6^e cervicale avec écrasement du corps vertébral et projection d'un de ses fragments en avant de la 5^e cervicale.

Cette fracture fut favorisée par la chute de 2 m. de hauteur par l'hyperflexion de la tête et par une certaine décalcification osseuse due sans doute à la syphilis.

M. Ducosté et Mme Fortineau attirent l'attention sur la rareté des fractures de la colonne cervicale au cours de la pendaison-suicide et en discutent le mécanisme.

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 octobre 1934

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Dystrophie crânio-faciale (maladie de Crouzon) dans une famille saine, par MM. P. BURTON et Aug. LEY.

Comme pour beaucoup de maladies héréditaires, la dystrophie cranio-faciale décrite en 1912 par O. Crouzon apparaît parfois dans des familles saines. L'enfant de trois ans présenté par les auteurs en est une démonstration : parents et grands-parents sains, deux sœurs saines, un frère décédé à trois jours, mais bien conformé, les lignes colatérales caractérisées par de la multinatalité sans mortalité, sont saines. Pas de syphilis, d'alcoolisme ou d'autres tares chez les parents.

Le nombre des générations susceptibles d'être étudiées est rarement suffisant pour pouvoir juger de la nature héréditaire de certains troubles.

La morphologie crânio-faciale reproduit exactement les difformités classiques qui donnent à tous ces sujets un air de famille : crâne en tour, avec ici légère plagiocéphalie, le bregma encore ouvert est rejeté à gauche, la fontanelle postérieure au contraire est à droite de la ligne médiane, il existe de l'hydrocéphalie avec hypertension crânienne forte. La ponction lombaire a montré un liquide de composition normale mais une tension de plus de 80 cm. en position couchée au manomètre de Claude. Le bombement de l'écaille du temporal et la gêne de circulation périphérique sont caractéristiques.

Le fundus oculi est pâle et il existe de l'atrophie papillaire sans papille de stase, par compression du nerf dans les canaux optiques (Prof. Coppez). L'exophtalmie très prononcée s'explique par l'atrophie des cavités orbitaires et on constate du strabisme divergent (compression du nerf III).

La face est atrophique avec prognathisme inférieur. La bouche ouverte laisse écouler la salive. Il existe du rétrécissement du pharynx par compression par les premières vertèbres.

La radiographie montre, outre les déformations osseuses classiques, de nombreuses impressions digitiformes. La selle turcique est élargie et écrasée.

L'état mental se caractérise par une certaine hébétude qui diminue après la soustraction de 18 cm³ de liquide céphalo-rachidien. L'intelligence est arriérée mais sans signes d'idiotie. L'enfant arrive, d'après les tests de Kuhlmann au niveau de deux ans, avec un âge réel de trois ans et demi.

Le développement physiologique est normal, les organes sont normaux, la

radiographie du squelette montre une constitution normale du système osseux des membres et du tronc.

Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus, par M. P. DIVRY.

Certaines recherches récentes semblent démontrer l'existence de corrélations physiologiques entre l'hypophyse et l'hypothalamus. Collin en particulier admet que la colloïde sécrétée au niveau des lobes antérieur et intermédiaire chemine le long de la tige de l'hypophyse et vient se répandre dans les centres végétatifs de l'hypothalamus (neurocrinie).

D'autre part, il existe des connexions nerveuses entre l'hypophyse et les noyaux de l'hypothalamus. Mais il est possible que ces derniers possèdent en outre une activité sécrétoire propre. Au niveau des noyaux paraventriculaire et supra-optique principalement, les cellules ont souvent un aspect pseudo-dégénératif, avec lacunes entre les blocs de Nissl de la périphérie et parfois noyau excentrique.

L'auteur a retrouvé des figures analogues dans les 2/3 des cas environ, en examinant principalement des cerveaux de déments séniles et de paralytiques généraux. Il a pu identifier avec certitude la nature histochimique de la substance qui se forme à ce niveau : il s'agit de colloïde, analogue à la colloïde hypophysaire ou thyroïdienne. Les noyaux précités sont en outre très vascularisés.

La signification de ces images est encore douteuse. Avant d'admettre la fonction endocrinienne de ces cellules neuro-végétatives, il ne faut pas négliger la possibilité d'une transformation dégénérative. Des images analogues ont été retrouvées dans toute la série animale, mais il existe des processus dégénératifs physiologiques. La théorie glandulaire doit néanmoins être envisagée avec beaucoup d'attention.

Les psychoses colibacillaires, par M. A. HOVEN.

L'auteur rappelle les travaux de Vincent sur les endotoxines et les exotoxines du colibacille. Certains faits cliniques semblent démontrer que ces toxines sont capables de déterminer des troubles psychiques et neurologiques. La catatonie serait fréquente dans ces syndromes.

D'autre part, ces cas sont souvent favorablement influencés par l'administration du serum spécifique.

Après avoir cité divers cas de la littérature, notamment sur l'encéphalite colibacillaire, l'auteur décrit deux cas personnels. Il s'agit de malades atteints d'infection colibacillaire et qui présentaient un état d'agitation avec légère confusion.

L'administration de serum a été suivie de guérison dans le premier cas, d'amélioration dans le second.

Il est possible que le serum agisse en partie comme agent de choc. Des troubles mentaux dus uniquement au colibacille existent peut-être, mais la chose ne peut être considérée comme démontrée. Il est peu probable qu'un symptôme tel que la catatonie puisse être déterminé uniquement par une intoxication colibacillaire.

Quoiqu'il en soit, il est indiqué de rechercher la colibacillose chez les malades mentaux et d'administrer le serum chaque fois que cette infection

est mise en évidence. Cette thérapeutique est inoffensive; et elle peut donner de bons résultats, soit par son action spécifique, soit à titre d'agent de choc.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 27 octobre 1934

Présidence : M. P. MARTIN, président

Maladie familiale du groupe des tremblements congénitaux, par M. L. VAN BOGAERT.

Le malade présenté par l'auteur est atteint : 1° d'un nystagmus congénital latéral dans le regard direct et latéral ; 2° d'un tremblement horizontal de la tête, dit nystagmus de la tête, à vitesse constante ; 3° d'un tremblement rythmique des membres supérieurs, net au repos, sans renforcement intentionnel, sans attitude parkinsonienne typique de l'index et du pouce ; 4° de crises du type épileptique, sans morsure de la langue, sans énurésis.

Cette maladie se transmet d'une manière dominante. Le tremblement de la tête et le nystagmus sont congénitaux. Le tremblement des membres supérieurs et les accès épileptiques sont facultatifs et n'apparaissent qu'à l'âge adulte.

L'auteur a pu identifier dans cette souche jusqu'à présent vingt-sept malades atteints, répartis sur trois générations. L'affection ne s'accompagne pas d'autres maladies familiales associées. Le complexe est transmis tel quel, mais parfois sous la forme d'un nystagmus isolé. Il s'accompagne toujours de vices de réfraction.

En attendant des données plus complètes, l'auteur annexe cette affection au groupe du nystagmus héréditaire congénital.

Alexie et agraphie d'évolution chez des jumeaux monozygotiques, par MM. Jacques LEY et G. W. TORDEUR.

Présentation de deux garçons de 11 ans, jumeaux monozygotiques, atteints à un degré analogue de « cécité verbale congénitale », à forme littéraire optique.

Les sujets sont issus d'une famille fortement tarée, avec multinatalité

et multimortalité infantile, nombreux cas d'alcoolisme, de délinquance, d'arriération mentale.

Il est intéressant de noter que ces enfants ont deux cousins germains, issus de parents différents, et atteints également de « cécité verbale congénitale ».

L'examen somatique démontre qu'il s'agit de jumeaux identiques. Il n'existe toutefois pas de caractères apparents de symétrie inverse, à part que dans certaines épreuves, l'un des enfants se comporte comme un droitier, l'autre comme un gaucher.

L'examen psychographique est très concordant et révèle un retard d'âge mental de trois ans. Cette arriération ne peut cependant à elle seule expliquer le trouble électif de la lecture et de l'écriture, en regard de tous les autres processus d'abstraction et de synthèse que les sujets possèdent.

La lecture et l'écriture des chiffres, le calcul mental ou écrit la reconnaissance des formes, des couleurs, le dessin, sont bien développés et contrastent avec l'incapacité d'acquérir la représentation graphique du langage oral.

Les sujets connaissent quelques lettres et quelques mots dont ils ont appris par cœur le dessin, mais ils se montrent incapables de réaliser la moindre synthèse lexicale ou graphique. Le fait d'observer chez des jumeaux identiques cette curieuse particularité psychique qui apparaît d'autre part comme une maladie familiale et héréditaire, souvent indépendante de toute arriération mentale, confirme que la cause primaire du trouble doit être recherchée dans des modifications germinatives, et qu'il s'agit d'une entité morbide bien définie.

Méningiome intraventriculaire, par M. J. DE BUSSCHER.

Relations du cas d'une femme de 33 ans, dont l'affection a débuté par des crises nerveuses bizarres, accompagnées de céphalées, de vomissements, d'accès vertigineux, d'épisodes confusionnels, de tremblement des mains et de troubles du caractère d'allure hystérique. En l'absence de signes objectifs, le diagnostic d'hystérie fut admis, jusqu'au moment où l'examen révéla l'existence d'une papille de stase bilatérale. En même temps apparut un léger syndrome cérébelleux du côté gauche, une exagération des réflexes tendineux avec clonus et légère parésie faciale du même côté, et une hypoesthésie dans le domaine du trijumeau du côté opposé.

Ce syndrome sensitif croisé avec symptômes cérébelleux et pyramidaux à gauche fit croire tout d'abord à une tumeur cérébelleuse gauche. Un repérage ventriculaire ne fournit aucune précision. On fit une décompressive de la fosse occipitale gauche. Le liquide cérébro-spinal prélevé au cours de l'intervention se montra normal.

Après une amélioration passagère des symptômes, la malade fit une rechute et mourut. L'examen anatomique révéla l'existence d'un méningiome intra-ventriculaire du côté droit.

L'intérêt du cas réside dans la difficulté d'interprétation des signes cliniques observés.

Pssammome des plexus choroïdes du ventricule latéral, par MM. CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans et demi, dont les antécédents ne comportent rien de particulier en dehors d'un traumatisme crânien subi à l'âge

de 4 ans. Vers l'âge de 9 ans, on constate une baisse progressive de la vision qui va en s'accroissant au cours des années suivantes, et des céphalées avec vomissements. Plus tard, des crises épileptiques.

En mai 1934, le malade présente le tableau clinique suivant : forte diminution de l'acuité visuelle surtout à gauche ; strabisme sursumvergent de l'œil gauche ; atrophie optique bilatérale avec hémianopsie homonyme gauche et scotome central ; tremblement intentionnel de la moitié gauche du corps ; psychisme, motilité et réflectivité normales. La radiographie montre dans l'hémisphère gauche à sa partie interne et semblant reposer sur la base du crâne une tumeur du volume d'une orange, très opaque, irrégulièrement granuleuse, et qui présente à sa partie antérieure une forte échancrure ; vue ainsi de profil, elle donne grossièrement le moulage du ventricule latéral. A l'intervention, on constate qu'à la tumeur est adjoint un kyste ventriculaire contenant un liquide jaunâtre non coagulable. Les suites opératoires sont normales.

L'examen histologique montre que la tumeur est formée d'amas de cellules du type fibroblastique ; ces cellules s'aplatissent en pelures d'oignon à la partie intérieure des amas et donnent naissance à un réticulum de fibres collagènes ; plus tard, sur ce squelette se dépose une importante quantité de sels de chaux, formant ainsi des calcosphérites.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXIII^e Session de l'Association des Médecins de langue française

(Québec 27-30 août 1934) (1)

LA PYRÉTOTHÉRAPIE

PREMIER RAPPORT

Généralités — Agents pyrétogènes — Biologie — Mode d'action, par M. Ch. RICHERT fils

M. Charles RICHERT fils (de Paris) rappelle le principe de la thérapeutique pyrétogène et retrace l'historique des diverses méthodes employées jusqu'ici : agents infectieux (malaria, fièvre récurrente). Moyens physiques (bains chauds, rayons infra-rouges, diathermie, ondes courtes). Procédés chimiques (cristalloïdes, colloïdes, huile soufrée, vaccins divers agissant comme hétéroprotéines, etc...). Le dmelcos paraît donner les résultats les plus constants. Les injections intraveineuses sont les plus actives. Le propidon provoque des réactions très régulières.

On peut employer chez les animaux de laboratoire, outre les agents physiques, quelques procédés physiologiques tels que les piqûres du cerveau, les convulsions provoquées et le dinitrophénol.

(1) Du 27 au 30 août, se sont tenus, conjointement et avec un très grand succès, à Québec, la XXIII^e session de l'Association des Médecins de langue française d'Europe, que devait présider le regretté professeur Arthur ROUSSEAU (de Québec), et que présida le professeur E. SERGENT (de Paris), et le XIII^e Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, présidé par le professeur Albert PAQUET (de Québec). Le professeur POROT (d'Alger), a déjà signalé (*Ann. Méd.-Psych.*, octobre 1934, page 510), le succès obtenu par les séances de *Neurologie* et d'*Hygiène Mentale*. Nous détachons ici des questions traitées à la section de médecine générale, le compte rendu des importants travaux consacrés à la *pyrétothérapie*, de nature à intéresser les lecteurs de cette revue psychiatrique.

Chez l'homme, les moyens pyrétogènes les plus recommandables sont : la malarisation, l'huile soufrée, le dmelcos, l'électrargol, le propidon et les ondes courtes.

La fièvre est le résultat de combustions cellulaires exagérées. A partir de 39° ou 40°, elle provoque la dyspnée, détermine des troubles digestifs et entraîne une certaine excitation psychique. L'hyperthermie excite le sympathique et modère le vague. Il y a hyperfonctionnement surrénal et hypofonctionnement thyroïdien. La perméabilité méningée se modifie. On note au cours de la fièvre une augmentation de 25 pour cent du métabolisme du carbone et des protides.

Les modifications sanguines sont variables avec les sujets. Elles sont surtout marquées par une leucocytose avec polynucléose. Chez l'homme, il n'y a que de faibles variations du taux des globules rouges, du temps de coagulation et du chimisme du sang.

L'hyperthermie diminue la résistance de l'organisme aux poisons (alcool) et exalte parfois la virulence de certains germes.

D'une façon générale, en dehors de la syphilis, les maladies expérimentales sont peu influencées par la pyrétothérapie. Il en est autrement en clinique humaine où cette méthode donne d'excellents résultats dans la syphilis nerveuse, dans certaines encéphalites et dans quelques affections endocrinienne. Elle est contre-indiquée dans les affections suraiguës, la tuberculose, les cardiopathies mal compensées, les états ataxo-adiynamiques, les néphrites, les grandes hémorragies gastro-intestinales.

La pyrétothérapie ne crée pas un nouveau mécanisme de guérison, mais elle exalte les fonctions organiques de défense en stimulant l'activité des réactions physico-chimiques. L'action directe sur l'agent pathogène a été aussi invoquée, mais elle ne paraît pas suffisante pour stériliser définitivement l'organisme. L'hyperthermie se borne à fragiliser le germe pathogène.

Les indications principales de la pyrétothérapie sont aujourd'hui bien connues, mais le mécanisme intime de son action nous échappe encore et il est difficile d'expliquer les variations de son efficacité suivant les malades.

DEUXIÈME RAPPORT

Pyrétothérapie et affections du système nerveux, par M. Henri ROGER.

M. Henri ROGER (de Marseille), envisage l'application des diverses méthodes pyrétotherapiques aux maladies du système nerveux.

Il s'attache avant tout au traitement de la paralysie générale.

La malariathérapie appliquée à cette affection est aujourd'hui bien connue quant à sa technique et à ses résultats. L'auteur précise la conduite de la cure avec ses diverses modalités appropriées à la résistance individuelle des malades.

Les effets de la malariathérapie sont de deux ordres : atténuation ou disparition des signes propres de la paralysie générale. Apparition dans des cas exceptionnels de symptômes nouveaux différents de la série paralytique.

C'est le syndrome somatique qui est le mieux influencé : augmentation de poids. Des lésions de type tertiaire apparaissent parfois 2 à 3 ans après la cure, elles réagissent au traitement spécifique.

Le syndrome psychique est surtout influencé dans ses symptômes d'excitation et ses poussées délirantes. Le fond démentiel est moins amélioré. Dans quelques cas cependant, il y a restitution parfaite de l'intellect. On voit parfois apparaître, plusieurs mois après la cure, des psychoses du type paranoïdo-hallucinatoire.

Le syndrome neurologique est amélioré quant à la dysarthrie et à la dysgraphie. L'épilepsie, rare chez les paralytiques généraux, peut exceptionnellement apparaître.

Le syndrome humoral est le plus longtemps rebelle. Il se produit une diminution ou une disparition de l'hypercétose et de l'hyperalbuminose avec, plus rarement, négativation de la réaction du Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien.

Les heureux résultats immédiats s'expliquent par l'action du choc pyrétique. Les syndromes post-malariques tardifs ne relèvent pas des complications nerveuses tardives de la malaria, mais d'une lente transformation du syndrome anatomique de la paralysie générale (constitution de foyers localisés de syphilis tertiaire par altérations vasculaires).

Le bilan des résultats est très variable en raison des classifications nosographiques dissemblables et des techniques non superposables d'impaludation. Les rémissions complètes sont en moyenne de 25 0/0. Ces sujets pratiquement guéris, sont cependant, en général, placés à un échelon social légèrement inférieur à celui qu'ils occupaient auparavant. Les rémissions incomplètes sont en moyenne de 25 à 30 0/0.

Les résultats varient suivant les formes de la maladie.

L'auteur passe ensuite en revue les autres méthodes pyrétogènes appliquées à la paralysie générale : fièvre récurrente, recommandable dans les cas malaria-résistants, sodoku, fièvre boutonneuse, produits bactériens divers : dmelcos, vaccin antityphoïdique, tuberculine, protéines microbiennes (néosaprovitan B, pyrifer), méthodes chimiques : nucléinate de soude, huile soufrée, phlogetan, procédés physiques : ondes courtes.

Ces diverses méthodes doivent, dans la paralysie générale, céder le pas à l'impaludation, car, associée au stovarsol, la malariathérapie est à l'heure actuelle, la méthode la plus susceptible d'améliorer, sinon toujours de guérir pareils malades. La cure doit toujours être attentivement surveillée.

Autres syphilis nerveuses. — Dans la *tabès*, la cure pyrétogène n'est efficace que contre certaines douleurs fulgurantes rebelles, contre les crises gastriques et quand les signes cliniques et les réactions humorales sont en progression croissante malgré les cures spécifiques. *L'atrophie optique* aurait parfois été arrêtée par la malaria ou la sulfosine. Dans les syphilis nerveuses latentes tardives, la malaria en stérilisant le liquide céphalo-rachidien aurait une réelle efficacité pour la prévention du *tabès* ou de la paralysie générale.

Maladies nerveuses non-syphilitiques. — L'épilepsie résiste à pareille cure. Le syndrome parkinsonien serait parfois légèrement atténué par la vaccinneurine, les staprolysats. Certaines contractures hémiplegiques s'assoupliraient partiellement avec les ondes courtes. La sclérose en plaques dans ses formes jeunes voit céder quelques-unes de ses poussées évolutives sous l'action du phlogétan ou du vaccin antityphoïdique. Le dmelcos paraît raccourcir l'évolution de quelques polynévrites.

Maladies mentales. — Malgré tous les efforts de l'école italienne qui s'est attachée à la pyrétothérapie de la *démence précoce*, les résultats restent précaires et souvent difficiles à discerner des rémissions spontanées. Les formes les plus influencées sont les formes de début, les formes aiguës à type catatonique. La question vitale entrant ici en jeu, il vaut mieux se servir des agents pyrétogènes, offrant moins de dangers que la malaria : vaccin antityphoïdique, sulfosine auxquels on peut associer les sels d'or, indiqués en raison de l'origine tuberculeuse possible de certaines démences précoces.

Dans la psychose maniaco-dépressive, les états d'excitation sont, dans une certaine mesure, mieux influencés que les états dépressifs.

En résumé, la pyrétothérapie agit plus sur les syndromes d'excitation que sur les états déficitaires, sur les phases aiguës des maladies que sur les formes chroniques.

Elle peut être conseillée dans certaines poussées douloureuses des tabétiques, dans l'atrophie optique, dans les polynévrites, dans quelques contractures hémiplegiques.

Elle doit être tentée sous forme d'huile soufrée ou de vaccins, malgré ses résultats très inconstants, dans les formes de début de la trop désespérante *démence précoce*.

Elle trouve la principale de ses indications dans la paralysie générale.

Elle sera alors suivie de plusieurs cures intensives par le stovarsol.

TROISIÈME RAPPORT

La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang, par M. FRIBOURG-BLANC.

M. A. FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce) après avoir envisagé les multiples thérapeutiques pyrétogènes mises en œuvre jusqu'à présent dans les infections et dans les maladies de la nutrition et du sang, formule les conclusions suivantes :

Toutes ces affections ne sont pas également justiciables de la pyrétothérapie. Les succès sont beaucoup plus manifestes dans les infections que dans les maladies de la nutrition et du sang. Cette différence d'efficacité tient sans doute à l'action néfaste de la chaleur sur les germes infectants. Dans les maladies à point de départ infectieux, l'hyperpyrexie intervient dans la guérison à la fois par son pouvoir bactéricide et par son action vaso-dilatatrice, hyperémiant et stimulatrice des fonctions endocrino-neuro-végétatives et des défenses générales de l'organisme. Dans les maladies du sang et de la nutrition, ces derniers facteurs sont seuls mis en jeu.

Dans le groupe des infections, le rôle curateur de la pyrétothérapie est aujourd'hui solidement établi pour la *syphilis* à tous ses stades et dans toutes ses manifestations, pour la *gonococcie* sous ses formes subaiguës et chroniques et dans ses diverses complications (épididymites, arthrites), pour les *lésions suppuratives localisées* (furuncles, anthrax), pour les arthrites de toute nature et les *rhumatismes infectieux*.

Dans le groupe des maladies de la nutrition et du sang, l'efficacité de la pyrétothérapie paraît aujourd'hui indiscutable dans l'*asthme*, où elle rend

des services remarquables pour les formes aiguës et rebelles, dans l'hypertension artérielle et ses diverses complications, dans la spasmophilie sous toutes ses formes.

Les essais que nous avons relatés dans les autres maladies de la nutrition et en particulier dans les dyscrasies sanguines et endocriniennes, autorisent bien des espoirs que viendront sans doute confirmer les perfectionnements de la technique pyrétogène.

Les contre-indications générales sont : la tuberculose pulmonaire ; l'âge très avancé ; les cardiopathies non compensées, les néphrites aiguës et les hépatites graves.

En ce qui concerne le choix de la méthode à employer dans telle ou telle affection, il y a lieu de tenir compte à la fois des succès antérieurs enregistrés à l'actif de chaque méthode dans la maladie en cause (l'expérience personnelle du médecin joue à cet égard un rôle important dans l'application des divers procédés), de la résistance individuelle de chaque malade (âge, état des fonctions rénales, cardiaques et hépatiques), des conditions matérielles d'application de chaque méthode qui ne doit pas imposer au sujet, sans nécessité, soit une hospitalisation prolongée, soit des frais très élevés, soit surtout des réactions trop vives, disproportionnées à la cause. A cet égard, il semble, d'une façon générale, que les procédés qui nécessitent l'emploi d'agents pyrétogènes infectieux (malaria, fièvre récurrente, sodoku) doivent être réservés au traitement des affections qui nécessitent l'hospitalisation, tant en raison de l'intensité des réactions produites que de la nécessité d'une surveillance étroite du traitement. L'emploi de la pyrétothérapie vaccinale sera réservé surtout au traitement des infections. Les méthodes physiques de pyrétothérapie trouveront surtout leur champ d'action dans les maladies de la nutrition et du sang. Les grands progrès réalisés récemment dans la technique d'application des ondes courtes semblent permettre à cette méthode un brillant avenir, tant en raison de son innocuité que de sa facilité de réalisation. Mais il faut noter que, dans leur mode d'application, les ondes courtes ne sont pas toujours utilisées en vue de leur action pyrétogène et que, dans ces cas-là, il ne s'agit plus de pyrétothérapie pure. Il est vrai que les procédés pyrétotherapiques, quels qu'ils soient, n'agissent pas, semble-t-il, uniquement par l'intervention exclusive de la chaleur. Leur mode d'action est très complexe et encore insuffisamment précisé.

Ainsi, dans la pyrétothérapie, la chaleur est un des facteurs curatifs, mais elle n'est pas tout. Dans les infections, elle joue, dit Levaditi, le rôle de « catalyseur » à l'égard des principes qui assurent la destruction des germes et la stérilisation tissulaire. Elle augmente l'efficacité défensive des moyens humoraux ou cellulaires que l'organisme met en jeu lors de la guérison spontanée.

Quelle que soit l'efficacité de la pyrétothérapie dans les infections et les maladies du sang et de la nutrition, elle ne saurait se substituer entièrement aux méthodes thérapeutiques usuelles et en particulier aux médications spécifiques chimiques, vaccinales, ou sérothérapiques. Mais elle constitue un adjuvant de première importance qui intensifie l'action de la thérapeutique usuelle ou la remplace en cas d'inefficacité et qui, à l'heure actuelle, ne peut plus être négligé.

QUATRIÈME RAPPORT

Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes,
par MM. A. HALPHEN et J. AUCLAIR.

MM. A. HALPHEN et J. AUCLAIR (de Paris) font ressortir que la pyrétothérapie par les agents physiques est une pyrétothérapie pure qui permet d'isoler du processus complexe de la fièvre provoquée le facteur hyperthermie, d'en régler l'intensité, la durée et la répartition.

Les agents physiques sont rangés dans deux catégories : 1° Ceux qui échauffent d'abord les téguments puis secondairement le reste du corps ; 2° ceux qui échauffent globalement l'ensemble des tissus.

On utilise la chaleur externe : bains chauds, bains de lumière, couvertures électriques, rayons infra-rouges (dangers de brûlures).

Les courants de haute fréquence : diathermie et ondes courtes, assurent au contraire un échauffement global de tout le corps.

Les auteurs étudient les détails d'application de ces deux dernières méthodes. Ils donnent leur préférence aux ondes courtes qui augmentent l'échauffement en profondeur alors qu'il diminue au niveau des téguments et de la graisse sous-cutanée.

On possède des appareils donnant toute sécurité et permettant d'obtenir une température de 40° en 25 à 30 minutes. Il faut prendre la température centrale, surveiller le pouls et la respiration du malade et le faire boire si la séance se prolonge.

La température maxima compatible avec la vie est de 5 à 6° au-dessus de la normale.

La pyrétothérapie par ondes courtes peut guérir ou améliorer certaines affections en augmentant l'efficacité défensive des moyens humoraux et cellulaires.

Les auteurs signalent les modifications physiologiques provoquées par cette méthode.

A côté de l'effet thermique prédominant des ondes courtes, il y a sans doute place pour une action extracalorique de ces ondes.

Les contre-indications sont les mêmes que pour les autres procédés pyréto-gènes.

Parmi les indications de la pyrétothérapie par ondes courtes, les auteurs signalent la paralysie générale où le pourcentage des rémissions serait voisin de celui fourni par la malaria. Mais il faut appliquer des températures élevées et prolongées (au moins 40 heures au-dessus de 40° en 8 à 15 séances) ce qui rend ce traitement difficile, dans le tabès, la sclérose en plaques, la polyomyélite où des résultats appréciables ont pu être obtenus. Certains cas de myélites de chorée, d'épilepsie, de polynévrites ont été améliorés.

Ce sont surtout les troubles fonctionnels et douloureux des rhumatismes subaigus et chroniques et de la goutte qui sont considérablement améliorés.

Les affections endocriniennes, l'acrocyanose, l'adipose, les artérites, bénéficient largement de l'application des ondes courtes, dont l'action vasodilatatrice et anti-spasmodique intervient avec succès.

De bons résultats ont été signalés dans la blennorrhagie et les arthrites gonococciques, l'asthme, diverses dermatoses, certaines néphrites et dans l'angine de poitrine.

CINQUIÈME RAPPORT

**Pyrétothérapie et pyrétoprophyllaxie antisyphilitique
sous l'action des moyens thermogènes physiques, par M. A. BESSEMAN.**

M. A. BESSEMAN (de Gand) par de nombreuses recherches a établi l'action curative et prophylactique de la chaleur appliquée localement sur les lésions syphilitiques. Il contrôle la température provoquée par la balnéo-thermothérapie au niveau même des lésions par une aiguille thermo-électrique.

Il faut élever la température locale de la lésion à 42° pendant une heure ou à 40° pendant deux heures.

La diathermie a fourni des succès. Mais c'est surtout aux ondes courtes que s'adresse actuellement l'auteur qui considère ce procédé comme le plus commode et le plus efficace.

Bessemans insiste sur l'importance des mensurations thermiques intratissulaires. La détermination précise du degré de chaleur atteint à l'endroit même où siège l'agent morbide doit dominer l'étude des hyperpyrexies.

Les résultats de la thermothérapie antisyphilitique varient suivant la sensibilité individuelle, le terrain et le stade lésionnel.

COMMUNICATIONS

**Pyrétothérapie de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves,
par M. A. POROT (d'Alsace).**

L'auteur a employé les injections massives d'électrargol comme pyrétothérapie de choc dans les cas de confusion mentale suraiguë (encéphalite psychosique) se traduisant par une agitation intense avec phénomènes toxoinfectieux graves sans lésions anatomiques spécifiques. Il faut intervenir précocement, injecter d'emblée 40 à 50 cc. et faire 2 à 3 injections successives. On peut y associer des doses élevées de strychnine (20 à 30 milligrammes). Cette méthode a donné 7 guérisons sur 12 cas traités.

**Bilan de 7 années de malariathérapie à l'Hôpital de Bordeaux (Canada),
par M. A. BARBEAU (de Montréal).**

L'auteur a observé 525 aliénés dont 93 étaient atteints de paralysie générale, soit 17,7 pour 100. Sur 54 malades qui ont pu être impaludés, 26, soit 48 pour 100, ont bénéficié d'une rémission complète, 3 ont eu une rémission incomplète, 5 une transformation mentale. Il y eut 10 résultats nuls et 8 décès. Les résultats les plus lointains remontent à 6 ans. L'auteur estime que la méthode doit donner de meilleurs résultats encore dans l'avenir.

FRIBOURG-BLANC.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Hallucinations et Délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal, par le Dr Henri Ey, Médecin des Asiles, Chef de Clinique des Maladies Mentales à la Faculté de Paris. Préface du Dr J. SÉGLAS, Médecin honoraire de la Salpêtrière. 1 vol. in 12, 192 pages, Félix Alcan édit., Paris 1934).

Ce livre contient, précédé d'une intéressante étude sur la notion d'automatisme, un remarquable mémoire couronné par la Société médico-psychologique. C'est, écrit M. Séglas, « un exposé de la question, sobre, mais complet, « clair et précis, une excellente mise au point des travaux antérieurs, qui « comporté en plus une part de recherches et de vues personnelles très « importante. »

Considérant d'abord la notion générale d'*automatisme* en psychopathologie, afin d'étudier ensuite plus spécialement l'automatisme verbal dans ses formes hallucinatoires, M. Henri Ey, après Hughlings Jackson, voit dans les faits psychiatriques l'expression de *dissolutions des fonctions psychiques*. Vague et négative, la notion d'automatisme fait entrer dans sa compréhension des phénomènes fort différents, car la masse des faits « non volontaires » comprend, avec la plus grande partie de l'activité normale, tout le domaine psychiatrique. L'activité automatique normale peut cesser sous l'influence d'un effort volontaire et comprend toutes les opérations qui se produisent sans intervention active de l'attention consciente. L'activité automatique morbide présente des phénomènes dont le mécanisme est purement psychologique (et notamment « freudien »), des phénomènes à conditionnement organique (tels que les états hyponoïdes), des phénomènes à conditionnement biologique (automatisme associatif), et des phénomènes liés à des perturbations cérébrales (automatisme proprement neurobiologique). Cette conception dynamique des dissolutions fonctionnelles s'oppose aux notions d'irritation et d'éréthisme des centres, et postule la possibilité de variations dans la régulation de ces fonctions sans altération des éléments anatomiques.

M. Henri Ey analyse ensuite les troubles décrits sous le nom d'*hallucinations psychomotrices verbales*. Après avoir montré l'évolution des idées et insisté sur les travaux classiques de Séglas, il étudie les conceptions actuelles.

du langage dans son rapport avec les mouvements, et classe les hallucinations psychomotrices suivant qu'elles se présentent comme des phénomènes exécutés par le sujet, mais forcés (imposés ou inspirés ou impulsifs), ou comme des phénomènes étrangers. Dans le premier cas, il y a incoercibilité de la pensée et du langage (sentiment d'influence), dans le second cas il y a aliénation de la pensée et du langage (sentiment d'automatisme).

Exposant et discutant la théorie de R. Mourgue, les conditions des manifestations « hallucinatoires » psycho-motrices, les conditions des sentiments d'influence et d'automatisme, M. Henri Ey conclut que le sentiment d'influence et le sentiment d'automatisme entre lesquels il n'y a qu'une différence de degré, sont liés à une dissolution des fonctions psychiques. Ce sont eux qui donnent leur sens aux phénomènes psycho-moteurs. De plus, l'importance du rôle des facteurs affectifs comme agents possibles de dissolution permet de penser que les sentiments d'influence ou d'automatisme peuvent être provoqués par des facteurs purement affectifs.

Les phénomènes décrits sous le nom d'hallucinations psychomotrices verbales ne sont donc ni primitifs, ni simples. Ils reçoivent toute leur signification du délire dont ils sont l'expression, c'est-à-dire, de tout l'ensemble des sentiments et des croyances dont ils ne sont que le reflet.

La dernière partie de ce livre est consacrée à l'étude du difficile problème des *rapports de l'automatisme verbal et des formes délirantes*. Le délire n'est rien d'autre que cet ensemble de « troubles de la conscience », de « sentiments pathologiques », de « croyances morbides » qui accompagnent toujours les hallucinations ou les pseudo-hallucinations verbales. Il est « la frange de ces symptômes », symptômes que l'on « isole seulement par abstraction ». L'état délirant représente la rupture d'équilibre de la force et de la tension psychologiques, la dissolution des fonctions du réel.

Parmi les délires ou croyances asséritives (Pierre Janet), M. Henri Ey distingue deux ordres de phénomènes différents : l'état délirant (pensée délirante) et les croyances délirantes. Les types évolutifs sont le délire de possession ou d'influence secondaire à un état délirant, le délire à forme de monologue et d'incohérence verbale, le délire avec attitude d'objectivation délirante. Au point de vue clinique, M. Henri Ey décrit les délires chroniques à type démence paranoïde (schizophrénie), à type psychose paranoïde (paraphrénie), à type délire d'influence ou de possession de Séglas, à type délire d'action extérieure de Claude. Tous ces délires altèrent le moi dans son intimité.

« Je crois que l'on peut, écrit M. Séglas, admettre aujourd'hui comme un « fait clinique indiscutable que les délires psychomoteurs ont un caractère « spécial qui va du délire de possession au délire d'influence quelle qu'en « soit la formule. Jusque là confondus avec les délirants persécutés ordinaires plus ou moins hallucinés sous la forme sensorielle vraie, il y a intérêt « à les distinguer. »

En effet, à côté de ces états dans lesquels le moi intime est l'objet même du délire, il est d'autres états, proprement hallucinatoires : les uns réalisent le type de la pensée onirique où hallucinations, pseudo-hallucinations, illusions et interprétations s'intriquent, mais toutes orientées vers une réalité extérieure ; les autres, orientés vers les relations du sujet avec le monde extérieur, constituent les délires de persécution (types Lasègue-Falret et Magnan). Ces délires altèrent les rapports du moi avec l'ambiance et, ajoute M. Henry Ey, ne présentent qu'exceptionnellement les phénomènes auxquels est consacrée cette étude.

En conclusion, l'hallucination est une erreur, elle confère faussement à des processus subjectifs une réalité plus ou moins objective. Elle est une erreur conditionnée par une chute de niveau psychique à déterminisme organique ou affectif qui lui confère une sensorialité plus ou moins nette. Elle est toujours pétrie de la pâte de la personnalité du sujet et faite de sa propre activité. Il serait plus juste de dire non pas qu'un malade est halluciné, mais qu'il hallucine.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Le mécanisme d'action de la malariathérapie (Sul meccanismo di azione della malarioterapia), par le Dr Marino BENVENUTI (Pise). 1 vol. 310 pages. Luigi Pozzi, édit., Rome, 1933-XI.

Ce livre, préfacé par Wagner-Jaureg et couronné par la Société italienne de psychiatrie, gagne plus qu'il ne perd de son intérêt à venir après les travaux de Gerstman, Leroy et Médakovitch, Dujardin et Targowla, del Cuboni, etc. Les importantes recherches personnelles qu'y expose Benvenuti lui confèrent une marque de profonde originalité que sa présentation, sa documentation, sa dialectique sobre suffiraient d'ailleurs à lui assurer. Dans une *première partie*, l'auteur passe en revue et critique les expériences ou théories diverses sur l'action de la malariathérapie. L'action directe du plasmodium sur le spirochète ne saurait en tous cas être attribué, comme le pensent Ascione et Mariotti à un virus neurotrope de l'hématozoaire. L'action soit directe (hyperthermie), soit indirecte (leucocytose, modifications à la perméabilité méningée) de la fièvre sur le spirochète n'a pas pu être mise en évidence de façon absolue. Mais, à côté de ces faits ou conceptions, qui essaient de mettre en évidence l'action de la malaria sur le pouvoir *offensif* de l'infection, il y a lieu d'envisager le rôle que joue le paludisme dans la *défense* de l'organisme (réactions d'immunité spécifique ou aspécifique). Quelques pages sur l'importance des cures médicamenteuses associées terminent cette première partie. Dans la *deuxième partie*, de beaucoup la plus importante, l'auteur va prendre position à propos des problèmes posés dans la première à l'aide de ses propres expériences et recherches. Il étudie *l'influence de la malariathérapie sur le processus anatomique* qui lui paraît, comme à la plupart des auteurs, changer le caractère des altérations cérébrales : des lésions circonscrites, ayant tendance à se substituer aux lésions diffuses. En ce qui concerne *l'influence de la crise sur le syndrome humoral* : sur 30 cas étudiés, il a noté pendant la malarisation une aggravation du syndrome humoral, (évidente dans 15 cas, faible dans 8 cas, nulle dans 5 cas ; dans 2 cas enfin il y a eu régression de l'albuminose). Les réactions méningées doivent être interprétées comme des « réactions en foyer » et sont d'un bon pronostic. Après la malarisation, les modifications immédiates ne coïncident pas avec le tableau clinique et le pronostic ; quant aux modifications tardives, elles se font généralement dans le sens d'une amélioration. La « négativité » des réactions survient, environ trois ans après la malarisation. La persistance de réactions positives doit faire penser à la possibilité de rechutes. Est envisagée ensuite l'influence de la malariathérapie sur la *formule cytologique rachidienne* étudiée par la méthode de coloration vitale ; sur les *déviation de complément* avec extraits cérébraux

dans le liquide céphalo-rachidien ; sur les *éléments blancs* du sang ; sur la *vitesse de sédimentation* et enfin sur la *réactivité cutanée* des paralysies générales. De cet ensemble de recherches (celles sur la vitalité des spirochètes dans divers liquides céphalo-rachidien sont peut-être les plus intéressantes) l'auteur conclut dans le sens de Gerstman, Dujardin, etc. que la malaria provoque une réactivation des processus de protection et de défense, elle transforme l'état d'anallergie en état allergique mieux et plus profondément que les autres pyréthérapies. On sait tout ce qu'il peut y avoir de verbal dans certains travaux touchant à ces notions biologiques et on doit savoir gré à M. Benvenuti d'avoir su montrer par des recherches concrètes que l'allergie répond dans ces cas particuliers à un certain remaniement humoral et tissulaire. De ce livre excellent, nous louerons encore la clarté « toute latine » que maint autre pourrait lui envier.

Henri Ey.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

La pathogénie de la narcolepsie. Considérations sur le sommeil paralytique et le sommeil localisé (The Pathogenesis of Narcolepsy with a Consideration of Sleep-Paralysis and Localized Sleep), par Max LEVIN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIV, n° 53, pp. 1-14, juillet 1933.

Les attaques narcoleptiques apparaissent comme des états d'inhibition partielle du cerveau. Quand l'attaque porte à la fois sur la conscience et le système moteur, elle ne se distingue pas du sommeil ordinaire, mais le plus souvent l'invasion est limitée. Il existe en conséquence une narcolepsie avec agitation motrice et une cataplexie, sommeil paralytique avec conscience. La théorie de l'intervention de centres distincts, indépendants, synergiques ou antagonistes explique l'effet des stimuli extérieurs, la lutte impuissante contre l'impotence motrice, notamment à la suite de rêves terrifiants ou de phénomènes douloureux. Levin indique également que ces manifestations ne sauraient être considérées comme primitives ; elles sont symptomatiques d'un état pathologique sous-jacent.

P. CARRETTE.

Le réflexe de clignement à la menace (Étude psychologique et clinique) (La valeur séméiologique de son abolition dans les lésions corticales rolandiques et occipito-rolandiques des hémisphères cérébraux en l'absence de toute hémianopsie), par G. G. J. RADEMAKER et Raymond GARCIN (avec une planche hors-texte et trois figures dans le texte) (*Encéphale*, janvier 1934, page 1).

Dans ce très remarquable travail, les auteurs montrent qu'une lésion corticale rolandique ou occipito-rolandique des hémisphères cérébraux peut

abolir les réflexes de clignement à la menace dans le champ temporel du côté opposé à la lésion, et cela en l'absence de toute hémianopsie, ce qui assurément présente un gros intérêt, non seulement pour l'étude des voies de conduction des différents réflexes de clignement, mais aussi pour le diagnostic neurologique.

Roger ANGLADE.

La pupille d'Argyll Robertson. Explication anatomo-physiologique du phénomène avec un aperçu de sa présence dans la neurosyphilis (*The Argyll Robertson Pupil ; An Anatomic-Physiologic Explanation of the Phenomenon, with a Survey of its Occurrence in Neurosyphilis*), par HOUSTON MERRITT et MERRILL MOORE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 2, pp. 357-373, août 1933.

Le syndrome décrit par Argyll Robertson en 1869 comprend le groupe des signes pupillaires suivants : absence de réaction à la lumière, imparfaite dilatation par l'atropine et les stimulants douloureux, absence de réponse à l'excitation vestibulaire, accommodation conservée pour les objets proches. Il s'agit d'une altération de la voie du réflexe lumineux et des fibres sympathiques aboutissant dans le tronc cérébral à la partie ventrale de la commissure postérieure. Ces voies réflexes sont plus particulièrement atteintes dans la syphilis cérébro-spinale et les troubles pupillaires y sont fréquents, mais les auteurs ne signalent le signe d'Argyll Robertson que dans un tiers environ des cas, relevant en grande majorité du tabès et de la paralysie générale.

P. CARRETTE.

La pathologie du langage pendant l'âge d'évolution (*La patologia del lenguaje en la edad evolutiva*), par Lanfranco CIAMPI. *Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*, n° 17-18, pp. 147-163, avril-septembre 1933.

La lente et laborieuse acquisition du langage humain ne suppose aucun centre préformé, aucun instinct verbal, aucune spontanéité. Pour arriver à son développement normal, il implique l'intégrité phonétique, articulaire et respiratoire des zones cérébrales praxiques pré-rolandique, gnosique post-rolandique et stéréognosique supramarginale sylvienne. Les altérations des voies d'association et des centres d'organisation réaliseront, suivant leur topographie, un certain nombre de syndromes déficitaires que le professeur Ciampi passe en revue : 1° variétés de mutismes otogène ou physiologique ; formes décrites par M. Ley : agnosique auditive, par retard des fonctions praxiques ou cérébelleuses ; 2° cécité verbale congénitale se traduisant par la difficulté de l'apprentissage graphique et lexique ; 3° aphaxie et anarthrie infantiles par lésions traumatiques ou inflammatoires cérébrales ; 4° dyslalies et bégaiement par malformations, troubles synergiques musculaires, vices d'éducation ; 5° perturbations verbales des maladies neuro-psychiques, question liée au problème des encéphalopathies infantiles qui comporte un pronostic très sévère et pour laquelle les notions de thérapeutique éducative ne sont guère applicables.

P. CARRETTE.

L'encéphalographie dans les états mentaux anormaux avec diabète insipide (Encephalography in Abnormal Stades with Diabetes Insipidus), par Purcell G. SCHUBE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 78, n° 5, pp. 453-469, novembre 1933.

La pratique de l'encéphalographie, parfois la ponction lombaire, exercent une action réelle sur certains syndromes encéphaliques. Trois cas de troubles mentaux avec diabète insipide ont été étudiés par Schube. Dans le premier, il y eut amélioration du diabète et accentuation des signes psychiques. Dans le deuxième, l'intervention eut une influence favorable sur tous les symptômes. Dans le troisième cas, il n'y eut pas de modifications appréciables. Il semble bien qu'une action s'exerce sur les tissus nerveux voisins des cavités et en particulier sur les centres de la base du cerveau, mais l'expérience est encore trop récente et limitée et très prudemment, l'auteur apporte sa contribution au problème sans se livrer à des spéculations pathogéniques.

P. CARRETTE.

Étude du développement de la topographie cranio-cérébrale déterminée par la méthode orthoscopique (A Study of Developmental Cranio-Cerebral Topography as Determined by the Orthoscopic Method), par William T. PEYTON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 78, n°s 3 et 4, pp. 232-249, 381-399, septembre et octobre 1933.

La méthode orthoscopique permet de superposer les points de repère crâniens aux diverses formations encéphaliques pour en étudier la topographie chez le fœtus, l'enfant et l'adulte grâce à l'utilisation de moulages de cire. La silhouette du cerveau, du sillon rolandique, des scissures, des ventricules est déterminée. Ces notions sont évidemment utiles à l'étude des encéphalopathies infantiles et des malformations crâniennes dans leurs rapports avec leur symptomatologie nerveuse.

P. CARRETTE.

Le diagnostic de la neuro-syphilis (The Diagnosis of Neurosyphilis) par Walter FREEMAN. *Clinical Medicine and Surgery*. T. 40, n° 7, pp. 344-347, juillet 1933.

Les traitements récents ont pu remettre en cause un certain nombre de problèmes concernant la syphilis nerveuse. Freeman admet l'existence de syndromes incomplets relevant de lésions locales sans réactions méningées biologiquement décelables. L'alcool, l'artério-sclérose donnent des encéphalites qui simulent la paralysie générale, mais celle-ci doit être distinguée des autres manifestations, car elle possède seule la triple série de signes, neurologiques, psychiques et sérologiques de la méningo-encéphalite diffuse syphilitique.

P. CARRETTE.

Babinski, après Charcot et Duchenne de Boulogne, devant le problème de l'hystérie, par J. FROMENT (*Journal de Médecine de Lyon*, N° 347, 20 juin 1934, p. 427).

Dans cet article, l'auteur qui a été pendant la guerre le collaborateur de Babinski s'est proposé de montrer que l'œuvre de son maître se caracté-

risait avant tout par sa remarquable unité. Suivant pas à pas les différentes phases de l'activité scientifique de Babinski, il en arrive à conclure que toutes ses recherches, qu'elles touchent l'hystérique ou l'organique, ne furent que des étapes successives de l'exploration méthodique d'une même piste.

Quiconque voudra comprendre ou retoucher un point quelconque de son œuvre sémiologique devra, d'abord, situer ce détail dans l'ensemble dont il fait corps, sinon il comprendra mal et critiquera à la légère.

E. LARRIVÉ.

Position actuelle du problème de l'hystérie, par M. Paul LARIVIÈRE. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 862-877, août 1934.

M. Larivière estime que les auteurs qui ont laissé un nom dans l'histoire de l'hystérie ont rarement envisagé la question sous tous ses aspects. La théorie de Babinski aboutit plutôt à un procédé clinique. Avec M. Janet, avec M. Claude, le problème est psychophysiologique : il y a une physiologie spéciale chez l'hystérique, mais fixerait-on ses éléments, établirait-on même ses facteurs organiques qu'il resterait à expliquer le problème du comportement qui est lui psychologique. On voit ainsi combien apparaît artificielle la séparation des troubles organiques et des troubles fonctionnels.

Pour M. Larivière, les affinités de l'hystérie pour certaines manifestations d'allure schizophrénique ou psychasthénique, leur parenté peut-être, en mettant en relief son dynamisme, éclaireront mieux le problème, sa prophyxie, les possibilités de son analyse mentale.

P. CARRETTE.

Le facteur organique dans la pathogénie des phénomènes hystériques, par Albert SALMON (Florence). (*Rivista sperimentale di Frenatria*, 1933).

L'auteur fait d'abord une étude très approfondie de l'hystérie et montre toutes les controverses d'opinions qu'a soulevées cette maladie.

Pour lui, l'hystérie consiste en un déséquilibre psycho-affectif caractérisé par la diminution des activités psychiques plus élevées, de la volonté, de la réflexion critique, et par l'hyperexcitabilité de l'imagination, de l'affectivité, de la sensibilité anesthésique.

Pour l'auteur, ce déséquilibre a une base organique. Il peut-être souvent attribué à une faiblesse congénitale du cortex, parfois secondaire à des encéphalites infantiles.

Ce facteur somatique se manifeste surtout par des phénomènes végétatifs et vaso-moteurs.

M. Salmon fait à leur propos une très fine étude clinique. Puis, il montre la corrélation psycho-somatique de ces symptômes, souvent influençables par la suggestion, et qui permet d'expliquer la traduction somatique, surtout végétative des représentations affectives, qui constitue un des points les plus intéressants de cette affection.

Le mécanisme par lequel des altérations organiques diverses et parfois évi-dentes favorisent le développement des phénomènes hystériques, s'éclaircit considérablement si l'on admet dans le mécanisme de ces phénomènes un facteur cénesthésique. Les principaux caractères distinctifs de cette affec-

tion, le pouvoir plastique des idées affectives, la valeur des causes affectives et organiques dans sa pathogénie parlent en faveur de l'hyperexcitabilité du cerveau organique ou des centres cénesthésiques corticaux qui constituent une coordination psycho-organique très sensible aux stimuli affectifs et aux stimuli organiques, ces centres enregistrent d'une part les modifications les plus faibles de nos tissus et, d'autre part, prédisposent aux représentations. C'est ainsi que les altérations des noyaux végétatifs sous-thalamiques se réfléchissent intensément à travers les voies sympathiques sur les centres cénesthésiques.

Les rapports très étroits de l'hystérie avec la cénesthésie, s'accordent avec l'existence d'un facteur somatique dans la pathogénie de cette affection.

L'auteur pense que l'admission de ce facteur diminuera considérablement l'obscurité qui enveloppe le mécanisme des phénomènes hystériques.

Paul ABÉLY.

Audition et hystérie, par Henri BOURGEOIS. *Le Progrès Médical*, n° 39, pp. 1661-1667, 30 septembre 1933.

La surdité hystérique est diagnostiquée en l'absence de signes organiques révélés par les tests. Le traitement électrique est classique. M. Bourgeois recommande de le compléter par une suggestion constante d'éviter les interventions nombreuses et incomplètes, de même que les manœuvres locales, capables de provoquer momentanément une surdité réelle, circonstance qui risque d'aggraver la situation au lieu de la dénouer.

P. CARRETTE.

Interprétation de la neurasthénie et de ses différents symptômes, par G. DUBOIS-ANDRÉ. *Le Monde Médical*, n° 834, pp. 923-930, 1^{er} octobre 1933.

Syndrome de déficience pluriglandulaire, la neurasthénie serait finalement déclenchée par un facteur occasionnel : le surmenage physique, intellectuel ou émotionnel. L'auteur, appliquant ces notions étiologiques, déclare obtenir du traitement correspondant les meilleurs résultats : opothérapie associée à la strychnine chez les déprimés, au gardénal chez les excités ; arsenic, bain statique, effluation du torse. Les autres méthodes thérapeutiques seraient beaucoup moins rapides dans leurs effets et surtout moins stables.

P. CARRETTE.

Tension artérielle dans les névroses tachycardiques, par A. TOURNIAIRE et M. NOUGUIER. *Le Monde Médical*, n° 881, pp. 836-839, 15 juillet 1933.

L'élévation fréquente de la tension artérielle dans la névrose tachycardique suit généralement le taux rythmique. Les auteurs admettent que l'affection est purement fonctionnelle et qu'elle ne relève ni d'une atteinte du myocarde, ni d'un trouble glandulaire. Elle n'est pas évolutive, mais sa régression ne peut être obtenue que par les méthodes de rééducation dirigées suivant un entraînement continu et progressif.

P. CARRETTE.

Tabes et agoraphobie (Réflexions sur les psychothérapies médicale et paramédicale), par M. G. de BUSSCHER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934.

Observation d'un homme de 54 ans, traité pendant 2 ans comme névropathe atteint « d'agoraphobie », par des méthodes « habituellement en honneur » mais que l'auteur ne précise pas. La suite de l'article permet de penser qu'il s'agit de méthodes psychanalytiques. L'examen du malade par les méthodes médicales fait découvrir l'existence d'un tabès incontestable. Le traitement spécifique améliore le malade au point de vue général et fait disparaître les symptômes attribués à l'agoraphobie. L'auteur fait suivre cette observation d'une longue discussion sur le thème développé par Freund lui-même : « La psychothérapie doit-elle être pratiquée par des médecins ? » Freund résout la question par la négative. Poursuivant la discussion, il soutient la thèse contraire par des arguments méthodiques, en montrant toutefois que l'attitude des médecins trop souvent hostiles aux recherches psychothérapiques, et refusant d'étendre leur curiosité à la zone aventurée mais réelle des sciences psychiques, et aux problèmes de la sexualité, a permis à certains névropathes (création de la Christian Science) et à des thaumaturges, de dériver à leur profit la curiosité du public et d'utiliser la méthode de la « guérison par l'Esprit ». La psychothérapie doit revenir aux médecins avertis, et instruits de tous les problèmes qu'elle pose.

SENGÈS.

La narcose par le somnifène : symptômes de l'intoxication et leur traitement par l'insuline (Somnifaine Narcosis : Toxic Symptoms and their Treatment by Insulin), par Rolf STRÖM-OBSEN. *The Journal of Mental Science*, n° 327, pp. 638-658, octobre 1933.

L'usage du somnifène s'est répandu en thérapeutique et on en a d'abord vanté les bienfaits. Son emploi prolongé, les injections intraveineuses répétées, les tentatives de suicide par ingestion ont prouvé sa grande toxicité. L'auteur insiste sur les risques de son utilisation systématique dans les psychoses. Obtenir le calme chez un malade atteint d'excitation maniaque par l'emploi répété du somnifène, c'est provoquer infailliblement des troubles cardio-rénaux. L'intoxication aiguë est caractérisée par le collapsus cardiaque, l'incoordination motrice, la fièvre, un érythème et parfois des convulsions. Les altérations sanguines consistent en leucocytose, hypocalcémie, élévation de l'urée. L'intolérance vis-à-vis des hydrates de carbone est une conséquence importante des altérations biologiques qui justifie pleinement la thérapeutique par l'insuline et en explique le fréquent succès.

P. CARRETTE.

Les syndromes vasculaires neurocutanés (Los síndromes vasculares neurocutáneos), par Antonio SUBIRANA. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, nos 4 à 6, pp. 1101-1115, juillet-décembre 1933.

Les nævi cutanés évoluant chez des sujets atteints de lésions du système nerveux central ne sont pas rares. L'auteur étudie spécialement la variété encéphalo-trigéminal et la forme à manifestations épileptiques. Il s'agit

généralement d'angiomatose leptoméningée. Les formes tardives donnent souvent le change avec des troubles fonctionnels et se signalent par l'extrême mobilité dans l'intensité des phénomènes angiomeux. Il est possible d'agir favorablement sur les lésions vasculo-nerveuses par la radiumthérapie.

P. CARRETTE.

L'épilepsie traumatique peut-elle se produire comme séquelle d'une commotion cérébrale simple, non compliquée ? (Kann traumatische Epilepsie als Folge einer unkomplizierten, einfachen Gehirnerschütterung entstehen ?), par MARTTI KAILA. *Acta psychiatrica et neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague.

Une commotion cérébrale simple avec manifestations légères, très passagères, sans fracture du crâne ni signes de lésions en foyer peut se compliquer d'épilepsie ; mais le fait est exceptionnel. L'auteur a observé 78 cas de commotion simple ; 4 étaient suivis d'épilepsie. Mais dans 2 cas, la commotion fut provoquée par la première crise chez des sujets atteints en réalité d'épilepsie idiopathique ; dans un cas, le malade avait déjà présenté des manifestations épileptoïdes antérieurement à l'accident ; dans un seul cas, l'épilepsie apparaît bien comme une complication de la commotion. En Finlande, le problème discuté par l'auteur présente un aspect médico-légal particulier. Le mariage y est interdit aux sujets atteints d'épilepsie essentielle et non en cas d'épilepsie symptomatique.

E. BAUER.

Encéphalite épidémique chronique et épilepsie (Encefalite epidemica cronica ed epilessia), par le Dr Giulio AGOSTINI (Perugia). IX^e congrès de la Soc. Ital. de Neuro., Octobre 1932, in *Rivista du Pato. nerv. e ment.*, Janvier-Février 1933, p. 49 à 55.

L'auteur rapporte trois nouveaux cas de crises convulsives de type comitial comme manifestation du processus encéphalitique épidémique chronique. On peut, dit-il, trouver toutes les formes convulsives, depuis l'attaque tonique localisée sans perte de conscience et des attaques brèves de type clonique jusqu'aux attaques comitiales les plus caractéristiques. Comme l'a indiqué depuis longtemps Donaggio, une composante cortico-frontale du processus sembla probable. L'auteur paraît ignorer le travail de Courtois.

Henri Ex.

Etude clinique de la maladie de Parkinson traumatique et quelques observations pathogéniques sur l'hystérisme (Studio clinico sulla malattia di Parkinson da trauma cor alcune osservazioni patogenetiche in temo d'isterismo), par le Dr Mario DE MENNATO (Naples). *Rivista di Neurologia*, décembre 1933, p. 725 à 744.

Il s'agit de trois cas de maladie de Parkinson, consécutifs à un traumatisme périphérique. Pour l'auteur, il s'agit de troubles fonctionnels et il parle — se souvenant peut-être qu'il n'y a pas si longtemps, « le parkinsonisme » était une « névrose » ! — à ce propos d'une affection « hystéro-traumatique pouvant évoluer vers une association hystéro-organique ». Il

rappelle à ce propos les idées développées par certains auteurs sur la nature extrapyramidale de l'hystéro, mais paraît ignorer les discussions récentes qu'en France ont provoqué les travaux de Marinesco et la thèse d'Imbert, de Lyon.

Henri Ey.

Encéphalite épidémique à forme vertigineuse, par Paul MICHON. *La Presse Médicale*, n° 66, pp. 1307-1308, 19 août 1933.

Michon a observé un malade atteint de vertiges pour lequel les diagnostics de lésion vestibulaire, de lipothymies, d'épilepsie et de pithiatisme ont été successivement éliminés. L'examen attentif révélait une atteinte motrice extrapyramidale et l'anamnèse des symptômes d'encéphalite. Cette dernière hypothèse paraît bien être la bonne. L'épreuve du traitement (scopolamine-salicylate) a été favorable : sans apporter la guérison complète, elle a donné une sérieuse amélioration. L'auteur écarte le diagnostic de forme labyrinthique de l'encéphalite épidémique. La dystonie musculaire, l'irritabilité réflexe, qui sont habituels au cours de l'évolution de ses formes banales, peuvent, par la variabilité de leurs brusques accès, expliquer l'aspect assez particulier de ce type vertigineux.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des « séquelles » de l'encéphalite épidémique (Contribución al estudio de las « secuelas » de la encefalitis epidemica), par R. ALBERCA-LORENTE. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIII, n° 4 à 6, pp. 1017-1024, juillet-décembre 1933.

À propos de trois observations de parkinsonisme encéphalitique hypertardif, l'auteur soulève la question de l'évolution de l'affection. Le terme de « séquelles » s'appliquerait à des syndromes résiduels, cicatriciels, infirmités résultant d'une infection imparfaitement guérie. Cette opinion n'est plus guère admise. Les auteurs qui l'ont soutenue, s'en servaient au début des recherches, ignorant des conditions de développement, de contagiosité. La plupart ont modifié leur point de vue. On tend à considérer l'encéphalite épidémique comme une affection à début aigu et à évolution parfois torpide. Le parkinsonisme serait le résultat de la progression ralentie d'un processus toxique ou infectieux, fixé sur certaines régions de la base du cerveau.

P. CARRETTE.

Les névrauxites en Grèce, par J. S. PATRIKIOS. *Revue Neurologique*. T. II, n° 6, pp. 751-781, décembre 1933.

Notre ignorance des maladies infectieuses du système nerveux semble s'accroître au fur et à mesure des contributions nouvelles apportées ces dernières années par les auteurs de tous les pays. L'augmentation du nombre et de la variété des infections à virus neurotrope paraît bien réelle. En attendant l'époque, peut-être encore lointaine, où il nous sera donné de connaître les agents et le mécanisme des névrauxites observées, il faut multiplier les recherches cliniques, biologiques et anatomiques et c'est dans cet esprit que Patrikios communique aujourd'hui le résultat de quatre années

d'investigations en Grèce. Un premier groupe d'observations porte sur les paraplégies flasques des méningo-radiculo-poliomyélites. Un autre chapitre traite des syndromes pyramidaux ; un troisième des localisations bulbo-ponto-pédonculaires. Enfin, l'auteur étudie les encéphalites. Ainsi, la comparaison est constante entre ses observations récentes et les syndromes classiques. Il s'attache à la description de certaines particularités : fréquence et diversité des localisations optiques, manifestations choréiformes, troubles musculaires qui ne sont ni des myoclonies, ni des secousses fibrillaires, mais un état intermédiaire auquel l'auteur donne le nom de « fasciculations ». A côté de similitudes anatomo-cliniques qui évoquent l'argument épidémiologique, le polymorphisme évolutif et la diversité des localisations laissent la voie libre à des conceptions opposées.

P. CARRETTE.

Les troubles du tonus musculaire dans l'encéphalite épidémique chronique (Poruchy svalového tonu při encefalitidě epidemická chronická), par Theodor DOSUŽKOV. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 7, pp. 178-183, septembre 1933.

L'hypertonie, aussi bien que l'hypotonie, peuvent s'observer dans l'encéphalite épidémique chronique. L'hypertonie, dans les cas typiques de parkinsonisme, est d'origine extrapyramidale ; c'est une libération du tonus de posture. La rigidité de décérébration vraie serait une manifestation d'hypertonie encéphalitique rare. L'hypertonie est plutôt liée à la déviation conjuguée de la tête et des yeux ou à des manifestations cérébelleuses.

P. CARRETTE.

Les modifications de la sensibilité dans le syndrome parkinsonien encéphalitique (Sensitivní změny v encefalitickém syndromu parkinsonském), par Jean SEBEK. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 9, pp. 209-216, novembre 1933.

Les troubles de la sensibilité dans le parkinsonisme encéphalitique sont subjectifs et objectifs. Subjectifs, on les rencontre dans 58 % des cas, plus intenses du côté paralysé, intermittents, accompagnés de symptômes sympathiques modifiables par l'atropine et la scopolamine. Objectifs, ils sont rares et consistent en modifications en plus ou en moins, unilatéralement. Ces troubles sont d'origine organique et s'expliquent par l'atteinte des connexions de la couche optique avec la région sous-thalamique et le striatum.

P. CARRETTE.

Les troubles du système sympathique dans le syndrome parkinsonien encéphalitique (Poruchy sympatiku encefalitickém syndromu parkinsonském), par Jan SEBEK. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 8, pp. 193-200, octobre 1933.

Les troubles sympathiques du parkinsonisme encéphalitique ne sont pas accidentels. Ils font partie du tableau clinique de la maladie. On observe toutes les variétés de troubles, souvent accompagnés de réactions psychopathiques et diminuant d'intensité sous l'action des substances pharmaco-

dynamiques sympathicotropes. L'auteur suppose que le substratum anatomique de ces phénomènes est localisé dans les formations grises basales voisines du 3^e ventricule, zone de prédilection des lésions de l'encéphalite épidémique.

P. CARRETTE.

Conceptions actuelles de physiopathologie du système extrapyramidal (Concetti attuali di fisiopatologia del sistema extrapiramidal), par le Prof. L. de LISI (Cagliari). IX^e Congrès de la Soc. Ital. de Neuro., Octobre 1932, in *Rivista di Patol. nerv. e ment.* Janvier-Février 1934, p. 10 à 35.

Mise au point de la physiopathologie extrapyramidale dont l'intérêt réside spécialement dans l'étude des rapports cortico-fronto-striés. Pour l'auteur, il s'agit d'un vaste système à composante corticale et notamment frontale, système plus fonctionnel que proprement anatomique. La discussion de ses idées a amené Balduzzi (de Gênes) et Senise (Naples) à préciser leur point de vue.

Henri Ex.

La vaso-motricité cérébrale, par J. TINEL. *Nutrition*, T. III, n^o 3, pp. 299-330, 1933.

Les modifications vaso-motrices du cerveau sont en maintes occasions mises en évidence, et cependant elles ont longtemps paru en contradiction avec les faits histologiques et physiologiques. On niait l'existence des fibres vaso-motrices des vaisseaux encéphaliques qu'on déclarait inexcitables par les agents pharmacodynamiques. Or, il est aujourd'hui démontré que les plexus périartériels cérébraux sont peut-être les plus riches de l'organisme et que si le système nerveux a des réactions vaso-motrices vis-à-vis de l'adrénaline opposées à celles des autres systèmes, il se comporte tout à fait normalement en présence de l'extrait hypophysaire, de la strychnine ou de l'ergotamine. Il y a d'ailleurs des preuves cliniques indéniables. Tinel cite les résultats de l'ischémie de certains territoires, le cas des états épileptiques, la migraine, des paralysies réflexes et — syndromes sur lesquels l'auteur a récemment insisté — les angiospasmes centro-rétiniens, les céphalées par hypo ou hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Le système vaso-moteur cérébral est d'une sensibilité telle qu'il régularise constamment la circulation intracrânienne et la protège contre les menaces répétées de variations brusques de l'équilibre neuro-végétatif et humoral. Il semble bien qu'il y ait, à l'origine d'un grand nombre d'états névropathiques, toute une série de troubles provenant de la défaillance des régulations vaso-motrices.

P. CARRETTE.

Aspect moderne de vieux problèmes. Essai d'interprétations des encéphalopathies en foyer par troubles circulatoires (Aspetti moderni di problemi antichi. Saggio di interpretazione delle encefalopatie a focolaio da disturbo circolatorio), par le Pr. Ottorino Rossi. *Rivista di Patolog. nerv. e ment.*, Mars-Avril 1934, p. 945 à 997.

On rapprochera, avec fruit, cet intéressant travail, de celui que Lhermitte a récemment consacré au même sujet chez nous. La première partie est consacrée à une mise au point anatomique de la circulation cérébrale, dont l'auteur précise le caractère continu, *non terminal*. Il distingue

dans le système circulatoire cérébral quatre territoires : une section *afférente*, une section *régulatrice* (elle-même comportant un réseau pial et un réseau intraparenchymateux), une *section nutritive* et une section *efférente* ou veineuse. L'ensemble de la circulation est dynamiquement régi par l'équilibre humoral et plus spécialement par le système nerveux autonome (réflexes de Heger). Abordant dans une deuxième partie les problèmes physiologiques, Rossi étudie le ramollissement cérébral qui ne saurait se réduire à une pure obstruction vasculaire, à la simple thrombose. Il expose notamment les recherches de Ley et de Schuvartz et conclut avec eux que l'*apoplexie cérébrale* relève d'un déterminisme univoque — ou à peu près — qu'elle corresponde au ramollissement ou à l'hémorragie cérébrale dont l'existence autonome, si elle est un fait, est un fait rare. Plus importante lui paraît la distinction entre le *syndrome lacunaire* et le *syndrome en foyer*. En conclusion, il schématise ainsi les divers troubles circulatoires cérébraux : A) Troubles de la section afférente (pathologie carotidienne) ; B) Troubles de la section régulatrice : hémorragie cérébrale proprement dite ; ramollissement ; angiospasmés ; lacunes de désintégration ; C) Troubles de la section nutritive, d'origine surtout toxique.

Henri Ey.

Troubles circulatoires du cerveau produits par des tumeurs cérébrales dans le voisinage du siphon carotidien, par EGAS MONIZ, ALMEIDA LIMA et Diogo FURTADO. *La Presse Médicale*, n° 55, pp. 1104-1106, 12 juillet 1933.

La compression produite par les tumeurs cérébrales peut gêner la circulation de la carotide primitive. Les auteurs utilisent pour leur diagnostic l'injection de thiorastrast. Le filmage permet de tirer 6 angiographies à la seconde par le radio-carroussel de Caldas. A défaut de ce dernier dispositif, 2 radiographies successives montrent, et le siphon carotidien, et le réseau artériel dérivé de la carotide interne.

P. CARRETTE.

A propos de la migraine, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, n° 86, pp. 1666-1668, 28 octobre 1933.

La crise migraineuse est généralement considérée comme un brusque déséquilibre neuro-végétatif. L'excitation sympathique qu'elle traduit produirait un angio-spasme dont les causes font l'objet de discussions. L'allergie tient une place de plus en plus grande dans cette question. Elle a inspiré le traitement par la peptone préprandiale. Pagniez considère qu'elle fournit une explication satisfaisante dans de nombreux cas, mais qu'il reste à préciser l'origine de la sensibilisation du sujet. Il semble qu'elle soit sous la dépendance de troubles humoraux d'origine hépatique.

P. CARRETTE.

Hérédo-akinésie paroxystique douloureuse (Heredo-Akinesia Algera Paroxysmalis), par M. A. E. KOULKOFF (*Sovietskaia Newropatologija Psichiatrija i Psychogigijena*, T. II, fasc. 4, 1933).

L'auteur rapporte l'observation d'une famille dans laquelle il a observé chez 5 membres appartenant à deux générations l'existence d'une disposi-

tion familiale et héréditaire particulière. Les manifestations morbides étaient identiques chez tous les cinq malades. L'affection est caractérisée par des crises douloureuses généralisées aux membres et au tronc avec asthénie allant jusqu'à l'immobilité et prostration complète et caractérisées par des parésies légères, des douleurs le long des trajets des nerfs, des myalgies, de l'anisoréflexivité, une réaction hyperglycémique dans le sang avec légère hyperglycorachie. Les crises surviennent toujours à la suite de quelques heures de jeûne. Aucune autre cause ne peut déterminer ces crises. Les douleurs ont une distribution rhizomélique, le contrôle mental est conservé mais la prostration est profonde. Les accès cèdent avec la reprise de l'alimentation en 24 et 48 heures.

M. Koulkoff pense que le processus est d'origine périphérique. Il compare ces états avec la migraine et les paralysies périodiques. Leur pathogénie paraît assez obscure, elle revêt l'apparence d'une anomalie du complexe myopathique d'origine neuro-végétative.

Le pronostic vital est bénin mais il est sévère *ad valitudinem*.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de l'encéphalite post-vaccinale, par Antonio FITTIGALDI. *L'Ospedale psichiatrico*, octobre 1933.

Etudiant 3 cas d'encéphalite post vaccinale, l'auteur note chaque fois une constitution névropathique spéciale rencontrée chez les parents de ces sujets. Il est porté à croire que l'importance de la maladie provient d'une fragilité héréditaire spéciale du système nerveux.

Paul ABÉLY.

Encéphalites aiguës rubéoliques, par M. L. BABONNEIX. *Gazette des Hôpitaux*, n° 98, pp. 1770-1772, 9 décembre 1933.

Les encéphalites aiguës rubéoliques sont précoces ou tardives. Précoces, elles traduisent l'exagération de réactions méningo-encéphaliques, généralement latentes au cours de l'invasion, mais décelables cliniquement dans les formes sévères. Tardives, elles seraient la conséquence d'une insuffisance de la réaction cutanée chez des sujets prédisposés, anergiques. Le névraxe, tissu ectodermique, est assiégé par les toxines ; la barrière hémato-encéphalique est forcée, quand le tégument n'a pas joué son rôle pexique.

P. CARRETTE.

Néphrite azotémique et encéphalite précoces au cours d'une scarlatine, par MM. A. LEMIERRE et R. LAPLANE. *Gazette des Hôpitaux*, n° 98, pp. 1761-1765, 9 décembre 1933.

Les complications nerveuses sont rares au début de la scarlatine. Les exemples d'encéphalite authentique en sont d'autant plus curieux à relever. Le cas de MM. Lemierre et Laplane paraît bien être dû au virus scarlatineux : néphrite azotémique le 6^e jour suivie, le 9^e, de paralysies oculaires avec réaction méningée. Localisations successives, mais non consécutives, pensent les auteurs qui posent le diagnostic, non pas de névraxite azotémique, mais d'encéphalite scarlatineuse.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des encéphalopathies de la coqueluche (Contributo allo studio delle encefalopatie da pertosse), par le Dr Lodovico MENCARELLI (de Pérouse). *Rivista di Patologia nervosa e mentale* novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 552 à 585.

Etude anatomo-pathologique abondamment illustrée de trois cas d'encéphalopathies de la coqueluche survenues chez des enfants. Syndromes neurologiques complexes et diffus. L'auteur met spécialement en évidence des lésions à type hémorragique. Revue générale de la question, spécialement des travaux étrangers.

Henri Ey.

Sclérose en plaques ou infection grippale pneumococcique ? par Henri ROGER, Pierre SIMÉON et Joseph ALLIEZ. *Le Progrès Médical*, n° 33, pp. 1462-1467, 19 août 1933.

A la suite d'un épisode infectieux, le malade observé présente du nystagmus, un tremblement intense et une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Le tout évolue favorablement en un mois et demi. On se refuse aujourd'hui à poser le diagnostic de sclérose en plaques qu'on aurait retenu jadis. Ce cas entrerait dans la catégorie des encéphalites grippales, et on peut espérer qu'il guérira sans séquelles.

P. CARRETTE.

Syndrome de Korsakoff au cours du rhumatisme articulaire aigu, par M. K. A. SKWORTSOFF (*Sowjetskaja Neuropatologija, Psichiatrja i Psichogigijena*, T. II, fasc. 6, 1933).

Une jeune femme de 22 ans présente, au cours d'une poussée aiguë de rhumatisme articulaire, accompagnée de manifestations infectieuses à type encéphalique, un syndrome de Korsakoff bien caractérisé.

Les troubles psychiques évoluent sans délire et sans hallucinations, ils sont accompagnés de signes corticaux extrapyramidaux, vasculo-nerveux et endocriniens. La maladie a commencé brusquement et sous l'influence du traitement salicylé a évolué rapidement vers la guérison presque complète, ne laissant qu'une légère empreinte sous forme d'une certaine déficience cérébrale organique.

FRIBOURG-BLANC.

Pathologie du système nerveux central dans les maladies du foie. Expérimentation sur les animaux et observations chez l'homme (Pathology of Central Nervous System in Diseases of the Liver. Experiments With Animals and Human Material), par Lathan A. GRANDALL et Arthur WEIL. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. 29, n° 5, pp. 1066-1083, mai 1933.

Les conditions expérimentales sont obtenues chez le chien par ligature des voies biliaires. Les toxines du sérum ont un pouvoir destructeur sur la moelle du rat ; elles s'éliminent surtout par les parois vasculaires cérébrales, et aussi par les plexus choroïdes. La clinique permet de retrouver par l'obstruction des voies biliaires des manifestations analogues chez l'homme. L'histopathologie révèle des foyers nécrotiques voisins des parois ventricu-

laïres, des zones d'œdème et de démyélinisation corticales, des altérations cellulaires diffuses, de la prolifération gliale. Les voies centrales et le corps strié sont touchés avec prédilection. Il n'y a pas de réactions actives mésenchymateuses. Les faits expérimentaux apportent ici une contribution intéressante. Ils visent à une explication logique de syndromes complexes comme la dégénérescence hépato-lenticulaire, et, plus généralement de l'évolution de maladies infectieuses qui, par leurs toxines, atteignent le foie, amorcent l'artério-sclérose, puis les localisations cérébrales.

P. CARRETTE.

Un cas de raphanie, par M. A. TCHIGEOWA (*Sowjetskaja Newropatologija Psihiatrija i Psichogigijena*, T. II, fasc. 7, 1933).

Description d'un cas d'intoxication collective d'une famille composée de 8 membres, par absorption de pain contenant de l'ergot de seigle.

Chez tous les malades, l'intoxication s'est manifestée par des crises de contracture et des crises épileptiformes. La mortalité fut élevée. Chez cinq malades, l'issue a été fatale. Chez le père, qui a guéri, on a observé une double cataracte avec perte totale de la vision. Quatre enfants, tous décédés, ont présenté des troubles psychiques à forme démentielle. La mère et une des filles ont présenté des troubles endocriniens sous forme d'aménorrhée. Un fils a présenté de l'hypertrophie du corps thyroïde.

Au point de vue neurologique, tous les malades ont présenté de l'abolition des réflexes tendineux, de la diminution des réflexes cutanés et le signe de Chwostek positif.

FRIBOURG-BLANC.

PSYCHOLOGIE

Le substratum anatomo-physiologique de l'émotion (El substractum anatomo-fsiologico de la emocion), par NOGALES PUERTAS. *Medecina Latina*, n° 68, pp. 546-560, novembre 1933.

L'émotion est, dit l'auteur, une libération transitoire et réversible des noyaux de la base du cerveau, sous l'influence d'un stimulant affectif suffisant. Cette indépendance vis-à-vis de la corticalité restitue aux centres végétatifs une autonomie qui imprime des modifications profondes aux fonctions viscérales et endocriniennes selon le type constitutionnel du sujet. Secondairement, la fonction corticale entre en jeu, fait la synthèse de ces manifestations et les élève jusqu'au concept. C'est surtout en empruntant à la symptomatologie de la démence précoce et de l'hystérie que ces points de vue sur les phénomènes émotionnels se vérifient.

P. CARRETTE.

L'instinct combatif. Ses rapports avec l'instinct sexuel, par H. SIMONNET (*Hygiène mentale*, janvier 1934, pages 1 à 21).

L'auteur, après avoir esquissé les caractéristiques principales de l'instinct sexuel et de l'instinct combatif, nous montre les rapports qui existent entre les deux instincts. Ces rapports sont très étroits. L'instinct sexuel

s'accompagne toujours de combativité, d'agressivité ; il constitue ainsi un précieux agent de stimulation. Ce n'est pas seulement la manifestation physique de la fonction sexuelle qui conditionne l'entretien de cet instinct combatif, mais l'imprégnation de tout l'individu par un certain degré de sexualité indifférenciée et indépendante du fonctionnement proprement dit de l'appareil génital.

Roger ANGLADE.

L'orientation lointaine dans le vol en avion (*L'orientazione lontana vel volo in aeroplano*), par Fr. Agostino GEMELLI. *Rivista di Psicologia*, octobre-décembre 1933, XXIX^e année, n° 4, p. 297 à 325.

L'auteur étudie le problème de l'orientation dans ses données concrètes (ligne de l'horizon, forme de la surface de la terre, phénomènes de contraste, de luminosité, de netteté des contours, facteurs d'illusion, enfin les données non visuelles. A ce propos, il parle — pour le rejeter, du sens spécifique d'orientation. Dans ce domaine, le machinisme ne possède pas de sens adéquat à une telle possibilité de déplacement. C'est l'instrument qui doit venir au secours de l'instrument.

Henri Ex.

ANATOMIE

Neuronisme ou réticularisme ? (*¿ Neuronismo o reticularismo ?*), par S. RAMÓN Y CAJAL. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIII, n° 2, pp. 217-291, mars-avril 1933 et nos 4 à 6, pp. 579-646, juillet-décembre 1933.

Un long exposé de l'histologie et du développement du système nerveux sert à appuyer la conception de la physiologie du neurone telle que la définit Ramon y Cajal à l'encontre des théories réticularistes. Les dernières ont été reprises et modernisées récemment par Held. L'importance du réseau intersticiel, de la névroglie dans certains états pathologiques, les contradictions apparentes entre la persistance des éléments fibrillaires et l'atrophie cellulaire n'échappent pas à Ramon y Cajal, qui y voit une preuve de la complexité des procédés naturels et une indication de l'ignorance où nous sommes encore de nombreux processus morbides. Malgré ces objections, l'auteur considère la doctrine neuronale comme le résultat de faits solidement établis, inattaquables. Les exceptions prouvent seulement l'existence de mécanismes secondaires difficiles à saisir et la présence d'éléments malades à côté des cellules saines, mais une théorie générale de la physiologie du neurone s'exprime par une loi dont le critère est « rigoureusement statistique ».

P. CARRETTE.

Étude sur le « gonflement » aigu de l'oligodendrogliose dans les psychoses, par Filippo CARDONA (Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur, après avoir examiné la signification et l'importance du « swelling » aigu des auteurs anglais, dans le cadre histopathologique cérébral

de l'oligodendrogliose expose ses recherches dans plusieurs groupes de maladies psychiques. Il fait remarquer que le « swelling » aigu de l'oligodendrogliose apparaît dans plusieurs maladies mentales et décèle un trouble évident de la circulation cérébrale. Ce phénomène semble avoir une grande importance pour l'interprétation pathogénique de certains troubles psychiques.

Paul ABÉLY.

Étude sur la dégénérescence muqueuse dans le cerveau des déments précoces, par MM. F. d'HOLLANDER et Ch. ROUVROY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1934).

En 1920, Buscaïno découvrait sous le nom de « plaques à grappe de désintégration », des altérations spéciales du tissu nerveux, observées dans le cerveau des déments précoces et dans certains syndromes extra-pyramidaux. En 1924, dans l'*Encéphale* et dans une revue générale en 1926, il exposait ses vues sur la question et voyait dans ces lésions, fréquentes dans la démence précoce, un argument en faveur de son origine toxique. Les auteurs exposent dans cet article les résultats de leurs recherches personnelles. Ils pensent qu'elles ne permettent pas d'apporter une solution au problème de la genèse de ces lésions dans la démence précoce. La présence de la dégénérescence muqueuse dans des maladies cérébrales d'origine diverse, les porte à croire qu'elle est une modification dégénérative, d'ordre général, que l'on peut ranger à côté de la dégénérescence amyloïde, hyaline, graisseuse, etc.

SENGÈS.

Contribution à l'étude histopathologique et localisatrice de la catatonie dite expérimentale (Contribucion al estudio histopatológico y de localización de la llamada catatonía experimental), par Luis ROJAS. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, n° 3, pp. 451-485, mai-juin 1933.

Le syndrome catatonique est un ensemble de perturbations psychomotrices. S'appuyant sur les résultats des nombreuses expériences récentes, Rojas conclut dans le même sens que la plupart des auteurs : la catatonie est un syndrome d'origine toxique, essentiellement vasculaire, provoqué par des troubles fonctionnels qui, par leur intensité et leur répétition, déterminent des embolies et des hémorragies génératrices de destruction du tissu nerveux, se localisant de préférence sur le système fronto-rubro-cérébelleux et, secondairement parfois, d'une manière diffuse dans tout l'encéphale.

P. CARRETTE.

Histopathologie de l'épilepsie essentielle (Histopathologia de la epilepsia genuina), par M. PRADO Y SUCH. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, n° 3, pp. 515-527, mai-juin 1933.

L'auteur passe en revue les travaux qui traitent des lésions anatomiques de l'épilepsie et en critique certaines conclusions. Ni la sclérose de la corne d'Ammon, ni les réactions gliales marginales, ni les altérations cellulaires corticales ou de Purkinje, ni les dégénérescences granuleuses, ni les ramollissements ischémiques ne constituent l'histopathologie spécifique comitiale. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a pas de fondement anatomo-

mique de l'épilepsie idiopathique. Les lésions constatées se retrouvent dans les formes symptomatiques aussi bien que dans l'éclampsie puerpérale ou les convulsions de la coqueluche. Elles sont la conséquence des perturbations vasculaires de la crise et elles montrent les effets destructeurs progressifs du syndrome comitial, mais laissent subsister en entier le problème étiologique.

P. CARRETTE.

Hydrocéphalie expérimentale au moyen de lésions de la substance nerveuse (Idrocefale sperimentale a mezzo di alterazioni della sostanza nervosa), par le Dr Luigi TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, fasc. 3, 1933, p. 294 à 311.

L'auteur a utilisé la méthode des lésions mécaniques telle que Abundo l'a pratiquée. Sans pouvoir chez le lapin reproduire des dilatations ventriculaires aussi nettes au moyen de l'injection de bleu trypan, il a pu suivre cependant les produits de désintégration nerveuse. C'est ainsi qu'il a constaté la formation d'une légère hydrocéphalie ventriculaire en même temps que le passage de la substance colorée vers la cavité ventriculaire et la formation au niveau de la lésion d'un petit kyste quand la substance ne filait pas vers les cavités centrales, ce qui se produisait si la quantité était minime. Dans le premier cas, il se produit de l'irritation épendymaire ou hydrocéphalie secondaire avec blocage. Planche en couleur hors-texte.

Henri Ey.

Structure et histogenèse de la gomme cérébrale (3^e Mémoire) (Sulla struttura e istogenesi della gomma cerebrale. Memoria III), par le Prof. G. ZANETTI (Padoue). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, p. 751 à 1.090.

Cet important mémoire est un véritable volume de 350 pages, comportant 136 microphotographies qui font honneur à l'Institut d'Anatomie pathologique de Padoue, dirigé par Giovanni Cagnetto. Le professeur Zanetti, qui s'est spécialement occupé de ce problème histopathologique, relate longuement les 14 cas de gomes qu'il a examinées à l'aide des techniques les plus modernes. Chacun des cas a été utilisé pour l'examen d'un problème particulier. C'est ainsi qu'il étudie principalement l'histophysiologie vasculaire du granulome gommeux cérébral ; la vascularisation cérébrale dans ses rapports avec la vascularisation de la gomme ; la question du processus inflammatoire dans la constitution de la gomme. C'est ce point qui est le centre de son travail. Il l'éclaire à l'aide de ses précédents travaux sur les processus de phlogose (flogosi). C'est la « phlogose » granulomateuse qui lui paraît être le processus basal. Enfin, il étudie les divers problèmes techniques qui se posent à ce propos. Ce troisième mémoire est une suite et non une répétition de ceux que l'auteur avait déjà publiés. Toutes les illustrations et toute la bibliographie (plus de 700 références) que contient cet énorme travail sont nouvelles, comme le fait remarquer le professeur Zanetti, avec une fierté largement justifiée. Un quatrième mémoire est annoncé.

Henri Ey.

La Xanthomatose et le système nerveux central [Syndrome de Schüller-Christian] (Xanthomatosis and the Central Nervous System [Schüller-Christian Syndrome]), par Charles DAVISON. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXX, n° 1, pp. 75-98, juillet 1933.

La xanthomatose cranio-hypophysaire, syndrome également désigné par l'association du nom des deux auteurs qui ont le plus contribué à l'individualiser : Schüller et Christian, est caractérisé par une dégénérescence graisseuse cellulaire (foam cells) et des réactions fibreuses. Les os membranux sont électivement touchés et les troubles de la pression intracrânienne qui en résultent provoquent l'exophtalmie et le diabète insipide tubo-hypophysaire. Davison, dans une excellente revue, insiste sur les altérations nerveuses centrales : plaques de démyélinisation, cellules géantes, etc., témoignant du double processus inflammatoire et fibreux. Ces troubles résultant du métabolisme défectueux des graisses s'apparenteraient aux maladies de Gaucher et de Niemann-Pick, peut-être même à l'idiotie amaurotique familiale.

P. CARRETTE.

Un cas de tumeur de Grawitz avec métastases cérébrales, par Ihsan CHUKRY, Chef de Laboratoire d'Anatomie pathologique à l'hôpital des maladies nerveuses et mentales de Bakirkeuy à Istanbul (*Encéphale*, Mars 1934, page 202).

Il s'agit d'un cas rare de métastase cérébrale d'une tumeur de Grawitz. Cette tumeur siégeait entre la circonvolution pariétale ascendante et la première circonvolution temporale droite. Ce n'est qu'à la période terminale que le diagnostic de tumeur cérébrale put être posé.

Roger ANGLADE.

Lésions en foyer du striatum. Troubles de la Mimique, itérations motrices et hypertonie, par P. GUIRAUD et M. DEROMBIES (*Encéphale*, Février 1934, pages 125 à 134).

Dans le cas qu'ils ont observé, les auteurs attribuent à une lésion en foyer développée progressivement en quelques jours et détruisant entièrement la tête du noyau coudé, une partie du putamen, la partie supérieure du pallidum, le bras antérieur de la capsule interne et le faisceau géniculé, les symptômes suivants :

- 1° Mouvements mimiques très expressifs de la face remplacés ensuite par de véritables grimaces ;
- 2° Mouvements rythmiques accélérés de la marche avec syncinésies de mastication et de tachypnée arythmique ;
- 3° Hypertonie généralisée et attitudes cataleptiques ;
- 4° Troubles de la déglutition et dysarthrie.

Roger ANGLADE.

Modifications du cerveau dans l'électrocution légale (Changes in the Brain in Legal Electrocution), par George B. HASSIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXX, n° 5, pp. 1046-1060, novembre 1933.

L'effet des courants électriques sur le système nerveux est connu, mais l'interprétation des lésions produites varie largement. C'est que les condi-

tions de l'atteinte nerveuse sont mal définies : connaissance insuffisante de l'état de santé du sujet, application défectueuse du courant. Dans l'électro-cution légale, il s'agit d'une véritable expérience chez des sujets en bonne condition physique. Hassin montre que les désordres anatomiques sont très diffus : gonflement et même désagrégation des cellules ganglionnaires, distension des espaces sous-arachnoïdiens, éclatement méningé, ruptures des parois vasculaires, surtout de la membrane élastique interne. Parfois, des fissures peuvent se produire dans le parenchyme, mais les lésions étendues, nécessairement hémorragiques, sont très rares.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Peut-on admettre une conception biologique des maladies mentales ?
par E. LARRIVÉ et J. CHAILLET. *Le Monde Médical*, n° 834, pp. 919-921, 1^{er} octobre 1933.

Les auteurs considèrent les psychoses comme des manifestations symptomatiques de divers états toxi-infectieux. Dès les premiers signes, ils recommandent l'emploi d'une thérapeutique générale anti-toxique et anti-infectieuse, suivie, si besoin est, de tentatives dites de « choc ». Tous les examens biologiques doivent être pratiqués. Ils réserveront fréquemment des surprises et la thérapeutique en sera logiquement orientée. Ils s'insurgent contre le quétisme des disciples d'Esquirol qui s'en rapportent « au temps et aux efforts de la nature » plutôt qu'aux médications variées dont on nous suggère quotidiennement l'emploi.

P. CARRETTE.

La conception biologique du sommeil, par le Professeur A. JANICHEWSKI (de Sofia). (*Encéphale*, mars 1933, n° 3, pages 184-196).

Le sommeil n'est pas un état de repos de l'organisme. C'est un processus actif qui a pour but l'arrêt et le freinage de l'activité de l'organisme dans le monde extérieur, favorisant ainsi l'activité vitale interne.

« Le sommeil représente la phase autistique du rythme vital. »

« L'activité psychique pendant le sommeil est dirigée vers la refonte et l'élaboration de nos impressions. »

Roger ANGLADE.

Étude expérimentale sur le sommeil (Estudio experimental sobre el sueño), par J. SANZ IBÁÑEZ. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIII, nos 4 à 6, pp. 793-803, juillet-décembre 1933.

Si la fonction hypnique est en rapport avec l'activité des centres gris voisins du 3^e ventricule et du thalamus, il doit être possible d'agir expérimentalement sur eux par l'injection de substances pharmacodynamiques et d'ajouter ainsi une preuve aux arguments tirés de la clinique et des recherches électriques. Par ponction sous-occipitale chez l'animal, Sanz Ibañez introduit des solutions chlorurées destinées à cheminer du 4^e ventricule au 3^e et colorées pour vérifier la progression du liquide après l'expérience lorsque l'animal sera sacrifié. L'auteur constate le rôle hypnogène du calcium

qui procure un sommeil d'une durée proportionnée à la dose injectée, laissant intacte la réponse aux excitations et notamment le réflexe auditivo-palpébral. Le potassium, qui aurait un effet analogue d'après Marinesco, Sager et Kreindler, est au contraire considéré comme un excitant par Sanz Ibañez, qui explique le sommeil obtenu par un effet secondaire dû au trauma hypertenseur lié à l'injection d'une trop grande quantité de liquide.

P. CARRETTE.

Le glutation de l'encéphale dans le sommeil expérimental (Il glutatione dell'encephalo vel sonno sperimentale), par le Dr Generoso COLUCCI (Naples). *Rivista di Neurologia*, décembre 1933, p. 716 à 724.

Les expériences ont été faites chez des chats à l'état de veille après 5 heures et après 8 heures de sommeil provoqué par le luminal sodique. Les dosages ont été pratiqués par la méthode de Tunnicliffe. Dans la veille, le taux de glutation est plus grand dans l'écorce que dans ce mésodiencephale. Après 5 et 8 heures de sommeil, le taux est égal dans les deux portions cérébrales. L'auteur pense que le glutation, stimulateur des processus d'oxydation, s'accumule durant le sommeil dans l'encéphale pour être consommé ensuite pendant la veille.

Henri Ey.

Le tonus végétatif dans la paralysie générale (Il tono vegetativo nella paralisi progressiva), par Enaldo MECO (de Florence). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 533 à 551.

Poursuivant ses études sur l'équilibre biologique du paralytique général et ses variations sous l'influence de la malaria, Meco s'appuie « sur des épreuves pharmacodynamiques, les modifications humorales, les réactions d'immunité, la formule leucocytaire, etc. », pour conclure de l'observation de 50 cas qu'il y a chez le paralytique général un fléchissement du tonus neuro-végétatif que la malariathérapie — beaucoup plus que les autres pyrétothérapies — tend à relever.

Henri Ey.

Recherches chimiques dans le syndrome épileptique. Cholestérolémie (Chemical Studies in the Epileptic Syndrome. Whole Blood Cholesterol), par Mme Helen HOPKINS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. 77, n° 6, pp. 601-616, juin 1933.

L'importance des questions diététiques dans l'épilepsie a incité à rechercher quelles modifications accompagnaient les effets du jeûne, de la diète céto-gène ou de la déshydratation. Les modifications de régime font varier le cholestérol sanguin. Il fallait en tenir compte pour apprécier les changements enregistrés chez les épileptiques. En général, le niveau de la cholestérolémie est abaissé dans les diverses épilepsies et les variations horaires sont plus sensibles que chez les sujets normaux. Il y a un abaissement de 11 0/0 en moyenne dans les périodes préparoxystiques.

Henri Ey.

P. CARRETTE.

L'épilepsie expérimentale chez le cobaye suivant la technique de Brown-Séquard, par Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et N. K. KOANG. *La Presse Médicale*, n° 59, pp. 1177-1179, 26 juillet 1933.

La section d'une moitié latérale de la moelle peut être génératrice de phénomènes convulsifs. Les auteurs signalent des faits cliniques et expérimentaux analogues à la découverte de Brown-Séquard et comme contribution à la pathogénie de l'épilepsie. Ils citent les convulsions à point de départ périphérique chez les amputés ; ils font intervenir les notions de répercussivité et la mise en jeu du sympathique en reconnaissant l'échec des essais de vérifications pharmacodynamiques.

P. CARRETTE.

Pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques (Pressão do liquor em epilepticos), par Adauto BOTELHO. *Arquivos Brasileiros de Neuroltria e Psiquiatria*, n° 4, pp. 14-28, juillet-août, 1933.

L'auteur expose plusieurs cas d'hypertension céphalo-rachidienne, dans les méningites, les hématomes dure-mériens, l'hydrocéphalie. Certains sont caractérisés cliniquement par l'état de mal récidivant et s'améliorent ou disparaissent par la rachicentèse.

P. CARRETTE.

Recherches sur l'action de la mescaline, par G. MARINESCO. *La Presse Médicale*, n° 74, pp. 1433-1437, 16 septembre 1933.

L'ivresse provoquée par la mescaline produit des troubles sensoriels et un état d'excitation psychique. La fixation du toxique sur les éléments nerveux dépend de leur chronaxie. Or, la chronaxie n'est que l'expression de l'état du milieu qui varie avec la constitution neuro-végétative et endocrinienne, avec les réflexes conditionnels, avec les facteurs physiques et mentaux occasionnels. M. Marinesco ne croit pas que les illusions mescaliniques soient réductibles à un déterminisme psychologique fixe. Les notions résumées plus haut tendent à attribuer à la personnalité du sujet un rôle essentiel dans les manifestations observées.

P. CARRETTE.

Visions colorées produites par la mescaline, par G. MARINESCO. *La Presse Médicale*. N° du Quarantenaire 92, pp. 1861-1866, samedi 18 novembre 1933.

L'auteur s'adresse à deux peintres de tendances esthétiques très différentes et expérimente chez eux l'intoxication mescalinique par injection sous-cutanée de 0 gr. 33 chez l'un et de 0 gr. 25 chez l'autre. Il se produit une hallucinose avec euphorie due au caractère plaisant ou merveilleux des sensations. L'autocritique est diminuée, mais sans que les sujets croient à la réalité des hallucinations. Il est à noter que les manifestations optiques portent la marque distinctive de la personnalité sous-jacente. Les coloris, les contours, les thèmes évoqués dépendent des tendances individuelles, des réflexes conditionnels et, sans doute aussi, de l'état affectif du sujet au moment de l'expérience.

P. CARRETTE.

Action physiologique et thérapeutique de la bulbocapnine chez l'homme (Azione fisiologica e terapeutica della bulbocaprina nell'uomo), par le Dr Esvaldo Meco (de Florence). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 706 à 735.

L'article commence par un exposé critique qui révèle déjà la position de l'auteur. Pour lui, en effet, la « catatonie » bulbocapninique n'est que la partie neuro-végétative du tableau clinique plus complexe qui constitue la catatonie humaine. La catatonie expérimentale n'est qu'un torpeur psychomotrice. Cette idée est développée dans les divers chapitres de ce travail. Les expériences ont été faites par voie endoveineuse (environ 200 à 300 milligrammes, sans incident). Dans ces conditions, on a noté au point de vue psychique, une vague d'anxiété et de torpeur, mais pas de syndromes catatoniques psychomoteurs. L'atropine s'est révélée, ainsi que la strychnine, avoir une action antagoniste de la bulbocapnine. Particulièrement intéressante est l'expérience tentée sur une hébéphrénocatatonique délirante. Chez cette malade, l'injection de 150 milligrammes de bulbocapnine a fait disparaître au milieu d'une série de troubles physiologiques et d'anxiété, un délire mégalomane au bout de vingt minutes. Elle est devenue négativiste et impulsive. Le délire a repris au bout de deux heures. Cette sédation ou délire, l'auteur l'a constatée « 3 ou 4 » fois sur 15 schizophrènes. Chez des déments précoces ex-catatoniques, des doses de 150 à 300 milligrammes ont provoqué des symptômes catatoniques très fugaces (10 à 20 minutes), comme peuvent en déclencher le somnifène ou d'autres substances de constitution amminique (Buscaïno). La bulbocapnine augmente, d'après l'auteur, les réflexes de posture. Son action est sans grande efficacité chez les parkinsoniens, les états d'excitation psychomotrice, les tremblements et chez les épileptiques. On voit à quelles réserves Meco aboutit — celles même dont il est parti — en ce qui concerne la triple proposition de Baruk et de de Jong sur la nature organique de la catatonie — la localisation de la catatonie et son mécanisme pathogénique. Dans le même numéro, il revient sur cette question dans un court article.

Henri Ey.

Recherches sur l'excitation des filaments et des centres nerveux à l'aide de champs électriques variables (Ricerche sopra l'eccitazione dei filamenti e dei centri nervosi mediante campi elettrici variabili), par Petro TULLIO et Luigi DI BELLA (Messine). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 669 à 698.

Minutieuse description d'expériences d'excitation électrique opérées sur la grenouille au moyen d'un courant galvanique venant de potentiel et produisant des mouvements plus ou moins complexes. Les expériences seraient arrivées à une telle précision que les variations électromagnétiques produites par les variations de la voix provoquaient des mouvements réactionnels différents, dans des conditions d'expérience rigoureuses.

Henri Ey.

La géno-cuti-réaction chez les alcooliques chroniques (La geno-cuti-reazione negli alcoolisti cronici), par le Dr Filippo PERNIOLA (Bologne). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 699 à 706.

La geno-cuti-réaction de Ceni (extraits de glandes génitales hyperactives de vertébrés inférieurs) pratiquée selon la technique de Pisquet (qui donne dans les cas positifs une réaction cutanée dans les 10 à 15 minutes) a été négative ou faiblement positive chez 64 alcooliques et moyennement positive dans 4 cas.

Henri Ex.

Recherches sur « le phénomène d'obstacle » de Donaggio. Mécanisme physico-chimique et signification biologique du phénomène (Ricerche sul « fenomeno di ostacolo » di Donaggio. Mecanismo fisico chimico e significato biologico del fenomeno), par Prof. T. CORTESI et le Dr G. FATTOVICH (Venise). *Rivista di Neurologia*, décembre 1933, p. 703 à 715.

Les auteurs ont cherché les courbes du phénomène d'obstacle dans plusieurs pyrexies, au cours de l'épilepsie, du jeûne, etc. Ils pensent avoir établi que le phénomène d'obstacle est un phénomène de tension superficielle. Les substances qui déclenchent le phénomène sont celles aussi qui abaissent la tension superficielle. Or, selon la loi de Gibbs, de telles substances se concentrent sur la surface superficielle et c'est ainsi qu'elles empêchent l'action du molybdate d'ammoniaque.

Henri Ex.

Contribution à l'étude du métabolisme basal dans la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive (Contribuição para o estudo do metabolismo basal na esquizofrenia e na psicose maniaco-depressiva), par Julio de ANDRADE SILVA JR. *Memorias do Hospital de Juguery*. São Paulo n° 7-8, pp. 169-208, 1930-1931.

Sur vingt-trois cas observés, l'auteur en a notés douze pour lesquels le métabolisme basal était altéré. Il semble que les réactions passagères ont une influence primordiale sur les modifications et que le diagnostic général de la psychose importe moins. Ainsi nous constatons une élévation du métabolisme dans l'excitation catatonique ou psycho-motrice de la cyclothymie, une diminution franche dans la dépression mélancolique.

P. CARRETTE.

Maladie de Parkinson post-encéphalitique et trouble de la nutrition. L'élévation du métabolisme basal et les syndromes d'apparence basedowienne chez les parkinsoniens, par Marcel LABBÉ et Gilbert DREYFUS. *La Presse Médicale*, n° 69, pp. 1345-1347, 30 août 1933.

L'élévation du métabolisme basal chez les parkinsoniens, les troubles neuro-végétatifs habituels de l'encéphalite épidémique ont frappé l'esprit de maints observateurs. Certains ont interprété les faits comme s'il s'agissait d'hyperthyroïdie déterminée par l'encéphalite. Or, rien n'est moins démontré. Marcel Labbé et Gilbert-Dreyfus rappellent que tous les centres

végétatifs encéphaliques sont déréglés chez les parkinsoniens. Il peut se faire que le métabolisme de base en soit troublé, sans qu'on soit fondé à admettre la réalité d'une perturbation endocrinienne.

P. CARRETTE.

Recherches expérimentales sur la localisation des fonctions visuelles et auditives dans l'écorce cérébrale du lapin et du chat (Expérimentelle Untersuchungen über die Lokalisation der Seh- und Hörfunktionen auf der Grosshirnrinde des Kaninchens und der Katze), par Syôdi SATÔ (Niigata). *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, Tome I, cahier I, décembre 1933, p. 71 à 86.

A l'aide d'une méthode inspirée des recherches anciennes de Beck, des travaux récents de H. Berger et surtout de Kormüller (1932), Sato a essayé de déterminer à l'aide d'un pont de Wheatson et d'un galvanomètre spécial (la technique est clairement exposée), les points de modifications de la résistance électrique au niveau de l'écorce cérébrale sous l'influence des excitations lumineuses et sonores chez le lapin et le chat. Chez le lapin, les modifications produites par les excitations lumineuses siègent dans le champ 18 de Budinan (avec striote) et dans l'aire rétrospléniale de l'hémisphère opposé. Celles que déterminent les excitations sonores sur une petite portion de la région temporale correspondent *grosso modo* à l'aire temporale supérieure de Winkler. Chez le chat, les modifications de résistance par les excitants lumineux se trouveraient à la moitié postérieure du gyrus parmagalis et suprasylvien. L'excitation à un œil produit son action sur les deux hémisphères. Les excitations sonores déclenchent des modifications, des résistances dans la moitié supérieure du sulcus sylvius, sur le gyrus supramargalis et le gyrus ectosylvien.

Henri Ex.

MÉDECINE LÉGALE

La schizophrénie latente et son importance médico-légale (Esquizofrenia latente e sua importancia medico-legal), par Heitor PÉRES. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. T. XVI, n° 6, pp. 31-49, novembre-décembre 1933.

La schizophrénie latente n'est pas un type clinique dérivant de notions récemment acquises. Elle a fait l'objet, sous des noms divers, de descriptions précises dans l'ancienne nosographie. A propos de la démence précoce, Morel, Kræpelin décrivent des prodromes, des formes frustes donnant parfois lieu à des réactions médico-légales. Cependant l'orientation nouvelle des recherches psychopathologiques a mis au premier plan l'analyse des troubles du comportement, le mécanisme des délires et a permis de pousser très loin les limites de l'état morbide dans les démences précoces atténuées : schizoïdie, schizomanie, héboïdophrénie. L'auteur indique quelques réactions médico-légales observées dans les formes latentes, pré-psychotiques et discute la valeur des traumatismes comme circonstance aggravante dans les questions de responsabilité pénale et d'accident du travail.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 décembre 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *Mardi 18 décembre 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). La séance ordinaire des mois de décembre sera réservée à des communications sur les *Hallucinations*.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 janvier 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 janvier 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Centenaire de Magnan.

La Société Médico-psychologique a décidé de consacrer sa *séance solennelle* du *lundi 27 mai 1935* à la célébration du *Centenaire* de V. MAGNAN (16 mars 1835-27 septembre 1916).

Nécrologie.

M. le Dr René SEMELAIN, ancien interne des Hôpitaux de Paris, ancien Médecin-Directeur de la Maison de Santé Saint-James, à Neuilly-sur-Seine, président de l'Association Mutuelle des Médecins Aliénistes de France, ancien président du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, ancien président de la Société Médico-psychologique ;

M. le Dr Gaétan GATIAN DE CLÉRAMBAULT, ancien interne des Asiles de la Seine, Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police, Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre, Membre titulaire de la Société Médico-psychologique ;

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr BELLETRUD, Médecin-Directeur honoraire des Asiles publics d'aliénés.

Honorariat.

M. le Dr ALOMBERT-GAGET est nommé Médecin honoraire des Etablissements publics d'aliénés.

Nominations.

M. le Dr A. BROUSSEAU est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise) ;

M. le Dr SCHUTZENBERGER est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher) ;

M. le Dr G. VIGNERON D'HEUCQUEVILLE est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Bailleul (Nord).

Postes vacants.

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés du Mans (Sarthe).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Elections.

M. le Dr Henry MEIGE, Professeur d'Anatomie à l'Ecole des Beaux-Arts, est élu en remplacement de Mme CURIE, Membre de l'Académie de Médecine (section des membres libres).

Le Professeur Henry MEIGE, ancien secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris, ancien rédacteur en chef de la *Revue Neurologique et de la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, est membre honoraire de la Société Médico-psychologique.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Comité National suisse d'hygiène mentale.

Publications en langue française du Comité National Suisse d'Hygiène Mentale.

Ces brochures peuvent être obtenues en s'adressant au D^r REPOND, président du Comité National Suisse d'Hygiène Mentale, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais).

D^r H. BERSOT : *La tragique éloquence des chiffres et l'Hygiène mentale.*

D^r Raymond DE SAUSSURE : *Hygiène mentale de la vie quotidienne.*

D^r H. BERSOT : *L'homme nerveux.*

D^r H. BERSOT : *La femme nerveuse.*

D^r Raymond DE SAUSSURE : *Prophylaxie du divorce.*

D^r H. BERSOT : *Pour nos jeunes filles. Quelques conseils d'hygiène corporelle et mentale.*

D^r Henri FLOURNOY : *L'enfant nerveux. Conseils éducatifs.*

D^r A. REPOND : *L'hygiène mentale de l'enfant pendant l'âge scolaire.*

D^r A. REPOND : *Comment l'enfant prend ses habitudes.*

D^r H. BERSOT : *L'hygiène nerveuse du bébé.*

D^r Raymond DE SAUSSURE : *La prophylaxie du crime et de la délinquance dans la jeunesse.*

NÉCROLOGIE

Alexandre Cullerre (1849-1934).

Le temps de nos Sociétés savantes est devenu trop mesuré, leur ordre du jour trop chargé pour qu'il soit permis aujourd'hui de s'attarder à des éloges académiques. Aussi, est-ce avec sobriété qu'à la dernière séance de la Société médico-psychologique, M. le Président SIMON a signalé le décès d'Alexandre CULLERRE, retracé sa carrière et caractérisé son œuvre. On nous pardonnera, dans ce recueil, auquel CULLERRE a donné une collaboration ininterrompue de 45 années, de nous montrer moins discret.

A. CULLERRE fut et restera pour nous le prototype du directeur-médecin. Il eut, parmi ses contemporains, des émules : aucun n'apporta à la fonction plus d'éclat. Après un assez long stage comme médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre (18 octobre 1873-23 juillet 1879), A. CULLERRE avait été nommé médecin-chef à l'asile de Marseille. Il n'occupa ce poste qu'un an. Le 21 août 1880, il était installé, en qualité de directeur-médecin, à la Roche-sur-Yon : il y resta jusqu'à sa retraite (31 décembre 1909). Localement, régionalement, il s'y créa la plus belle situation à laquelle un aliéniste de province puisse prétendre. Et, par l'ampleur, par la valeur de ses travaux, il sut s'acquérir, en France et hors de France, la plus flatteuse notoriété.

Il y a quelque 30 ans, à qui nous posait la question banale : « Où, en quel manuel pourrais-je prendre le mieux une notion suffisante de la médecine mentale ? », la réponse venait, immédiate : « Lisez CULLERRE. » Autour des années 1900, le « Traité pratique des maladies mentales »,

édité par J.-B. Baillière, en 1890, était en effet notre *Vade mecum* : « Inventaire résumé de nos connaissances actuelles en médecine mentale », comme l'avait voulu son auteur, c'était un livre limpide, sans prétention et qui présentait cette particularité — restée rare — d'avoir été pensé et écrit pour des praticiens par un praticien de la médecine mentale.

Des dons didactiques incontestables, un réel talent de vulgarisateur scientifique, inspirèrent coup sur coup à CULLERRE toute une série d'ouvrages, qui visèrent et atteignirent le grand public, et dont certains connurent plusieurs éditions. Tels : *Nervosisme et névroses* (1887), *Les Frontières de la folie* (1888), *Magnétisme et hypnotisme* (1892), *La Thérapeutique suggestive* (1893), *Les Enfants nerveux*, etc...

Aux *Annales médico-psychologiques*, dont il était l'un des meilleurs ouvriers, A. CULLERRE réserva ses travaux originaux. De 1873 à 1899, je ne compte pas moins de quinze mémoires de cet ordre. La plupart seraient à citer. Je n'en rappellerai que quelques-uns : *Des dégénérescences psychocérébrales dans les milieux ruraux* (novembre 1884), *Des perversions sexuelles chez les persécutés* (mars 1886), *Une forme de délire systématisé des persécutés-persécutés* : le délire de revendication (mai 1897), etc...

A. CULLERRE excellait dans la « Revue critique ». C'est sous cette forme, chère à Ant. Ritti, que, pendant près de 30 ans (1889-1918), il tint les lecteurs des *Annales* au courant des hommes et des choses de la médecine mentale américaine. On goûte, dans ses « *Documents d'outre-mer* », outre ses qualités habituelles de clarté dans l'exposition un jugement très sûr, qui ne s'en laissa jamais imposer par les hypothèses osées ni par les réalisations aventureuses.

Il ne recula pas, d'ailleurs, devant le travail ingrat des « Analyses bibliographiques », et, pendant des années, il se chargea aux *Annales* de la rubrique : Sociétés savantes et journaux français.

A. CULLERRE était un lettré. Il eut toujours le goût de l'histoire, qu'il étudia en médecin. En 1903, il donnait aux Archives d'Anthropologie criminelle, « *Madame de Rambouillet et sa famille* » ; en 1912, « *les Richelieu et les Condé* ». Entre temps, le Congrès de Dijon avait entendu son discours inaugural : « *Coup d'œil médico-psychologique sur le monde de la Cour au temps de Louis XIV* » (1908). Enfin, il rassembla, dans une étude d'ensemble : « *La Folie dans l'Histoire* », 90 pages du *Traité international de Psychologie pathologique* (1912), les fruits de son immense lecture.

A. CULLERRE, nous a dit M. Simon, fut « modeste et droit ». On ne voit guère l'homme qui, à 30 ans, préféra la Roche-sur-Yon à Marseille, sollicitant postes, faveurs ou distinctions. Je crois bien que les honneurs officiels ne le vinrent chercher que sur le tard, dans sa retraite. J'ai l'assurance qu'il dût être très sensible aux témoignages publics et unanimes d'estime que lui donnèrent, par deux fois au moins, ses collègues en l'élisant à la Présidence du Congrès des Aliénistes français (Dijon, 1908) et en l'appelant à diriger leur « Association Mutuelle ». A. CULLERRE eut à cœur de garder cette place d'honneur jusqu'à la veille de sa mort.

Georges VERNET.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



SUR UNE VARIÉTÉ DE CATALEPSIE BILIAIRE EXPÉRIMENTALE

*Sa réalisation par certaines biles pathologiques
de tubage duodéal.*

*Actions neurotropes comparatives de la bile humaine
de tubage duodéal, et de la bile animale.*

Rôle respectif de leurs principaux constituants chimiques

PAR

Henri BARUK et Louis CAMUS

Depuis sa naissance par l'étude de la bulbo-caprine (1), la catatonie expérimentale s'est étendue successivement à des produits biologiques (catatonie de l'urine — de Jong (2) — à des toxines microbiennes (tuberculose, toxine colibacillaire — Baruk (3)).

Le rôle étiologique plus particulier du colibacille dans certaines variétés de catatonie, la constatation clinique faite par

(1) DE JONG et BARUK. — La catatonie expérimentale par la bulbocaprine. Masson, Editeur, Paris 1930.

(2) Ann. Méd. Psychol., février 1933.

(3) Soc. Méd. Psychol., nov. 1932 et nov. 1933.

l'un de nous du parallélisme de certaines poussées catatoniques et de certaines ictères à rechute, les perturbations fonctionnelles hépatiques observées au cours de certains accès catatoniques [Gullota (1), — Claude, Baruk et Ollivier (2)] ; toutes ces données nous ont conduit à nous demander s'il n'existait pas non plus dans la bile humaine un principe cataleptigène.

Afin de pouvoir facilement étudier comparativement la toxicité de la bile humaine chez le sujet sain et dans certains états pathologiques, nous avons été amenés jusqu'à présent à recueillir ces biles par tubage duodénal.

Nos premières expériences ont déjà été succinctement communiquées à la Société de Biologie en mai 1934 (3), mais nous en publions ci-dessous tout le détail.

Avant d'en exposer les divers protocoles réalisés au Laboratoire de la Maison Nationale de Charenton, il ne nous paraît pas inutile de rappeler quelques notions usuelles sur le tubage duodénal et particulièrement de mentionner la technique *rapide* personnelle à l'un de nous qui nous a permis de faire des prélèvements non seulement chez des sujets sains ou des malades digestifs, mais encore chez des malades mentaux et en particulier chez des catatoniques et des déments précoces.

Nous avons opéré pour cette expérimentation chez 18 sujets se décomposant comme suit : 7 sujets normaux, ou atteints de troubles digestifs légers, 5 malades en cours d'ictère, et 6 catatoniques. Chez certains sujets, nous avons fait des tubages avec expérimentation en série.

(1) GULLOTA. — VIII^e Congrès Soc. Ital. Neurol. 1930.

(2) CLAUDE, BARUK et H.-R. OLLIVIER. — Polypeptidorachie et insuffisance hépatique dans le sommeil cataleptique et dans la stupeur catatonique. *Soc. de Biol.*, 23 juillet 1932, p. 1275.

(3) H. BARUK et L. CAMUS. — Catalepsie expérimentale chez le pigeon et la souris par injection sous-cutanée des biles prélevées par tubage duodénal chez deux ictériques. Catalepsie et stupeur biliaire. *Soc. de Biol.*, 5 mai 1934, p. 29.

Action expérimentale des sels biliaires dans la genèse de certains troubles nerveux produits chez l'animal par injection de biles humaines recueillies par tubage duodénal. *Soc. de Biol.*, 12 mai 1934, p. 136.

Les paralysies biliaires expérimentales. *Soc. de Biol.*, 2 juin 1934, p. 405.

Sur un principe toxique cataleptisant décelé dans la bile de tubage duodénal de cinq malades atteints d'ictère. Données expérimentales et cliniques. *Soc. de Biol.*, 2 juin 1934, p. 403.

PREMIÈRE PARTIE

Bref rappel de notions connues sur le tubage duodénal
et l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Le tubage duodénal chez les catatoniques

L'épreuve du tubage duodénal consiste, comme l'on sait, à faire déglutir à un sujet à jeun, assis dans son lit, ou sur une chaise, la petite sonde caoutchoutée d'Einhorn terminée par son olive métallique. Puis le sujet étant ensuite incliné horizontalement sur le côté droit quand l'olive est arrivée dans l'estomac, on attend, après une nouvelle déglutition de quelques centimètres de tube, qu'elle ait enfin franchi le pylore et atteint la deuxième portion du duodénum. La bile alors recueillie par seringage est *normalement* jaune d'or limpide et ne contient à l'examen microscopique que quelques débris épithéliaux, quelques cristaux, quelques rares leucocytes, et quelques microbes saprophytes. Cette bile, appelée communément *bile A*, représente la bile contenue dans le canal cholédoque, le canal hépatique et ses ramifications dans le foie.

Si nous effectuons l'épreuve de Meltzer-Lyon par injection dans le *duodénum d'un sujet normal* d'une solution de sulfate de magésie à 33 %, nous déclenchons une série de réflexes à point de départ duodénal, qui provoquent, par un mécanisme physiologique encore très mal connu, *l'extériorisation d'une quantité variable de bile vésiculaire* mélangée aux diverses sécrétions et enzymes duodénaux (traces de suc gastrique, duodénal et surtout suc pancréatique), on appelle cette bile : *bile B*. C'est une bile jaune brun ou brun foncé, ou brun noir, la plus riche naturellement, en concentration au point de vue sels biliaires, pigments et cholestérine. Elle contient davantage également de suc pancréatique que les autres biles obtenues par l'épreuve de Meltzer-Lyon. *Si la vésicule biliaire est anatomiquement exclue ou si le canal cystique est obturé on n'obtient jamais de bile B.*

Par contre ces états n'empêchent pas l'écoulement dans la sonde de la troisième bile de l'épreuve, la *bile C* terminale, bile *jaune serin* la moins chargée des 3 biles au point de vue chimique. C'est la bile purement hépatique. Fort malheureusement il est impossible de recueillir la totalité de ces biles, dont une partie s'écoule plus loin dans le jéjuno-iléon.

A l'état pathologique, l'olive étant pourtant bien en place

(contrôle radiologique) on ne recueille aucune bile s'il s'agit d'un obstacle obstruant complètement le cholédoque : compressions, adhérences, kystes, *néoplasmes*, lithiasse (quoique rarement dans ce dernier cas l'obstruction soit complète), spasmes d'ailleurs très peu fréquents, etc.

Il importe, au point de vue des prélèvements, de recueillir avec soin ces trois biles. En cas d'infection celles-ci peuvent être plus ou moins troubles et contenir des leucocytes plus ou moins abondants, des cristaux de cholestérine (lithiasse), du sang, des parasites (amibes, lambias) etc. Il est nécessaire d'éliminer les échantillons contenant du suc gastrique qui les trouble et dont la présence peut être décelée par l'aspect, les réactions, la viscosité de la bile. Cette présence de suc gastrique est la cause la plus fréquente de l'imprégnation de la bile recueillie par le sulfate de magnésie plus ou moins modifié par l'estomac. En effet, il arrive fréquemment au cours de l'épreuve que l'ouverture momentanée du pylore laisse passer du suc gastrique dans le duodénum. *Habituellement les cultures de nos biles, que nous nous sommes toujours efforcés de choisir très claires pour l'expérimentation, se sont montrés stériles*, les microbes saprophytes étant éliminés rapidement par l'action antiseptique de la bile et, pour certains auteurs (Surmont) par l'action du sulfate de magnésie. Néanmoins, nous n'avons utilisé qu'exceptionnellement l'huile d'olives, non susceptible, grâce à sa faible densité, de se mélanger aux biles de tubage, mais se transformant dans le duodénum en savons biliaires pouvant être très toxiques dans les épreuves expérimentales.

Enfin, dans l'intention d'individualiser plus facilement la bile B parmi les biles à expérimenter, nous nous sommes servis d'une variante de la méthode de Meulengracht, employant un indice colorimétrique permettant d'étalonner rapidement les biles au point de vue de leur teneur en bilirubine (index pigmentaire de Sala Roig) (1).

Le tubage duodénal *par cathétérisme rapide du duodénum* (2), méthode imaginée par l'un de nous et qui a déjà fait l'objet de publications de quelques auteurs français (Goiffon, Bernay), a pour but de conduire rapidement l'extrémité olivaire de la

(1) L'un de nous remercie vivement le Dr Badosa, de Barcelone, familier du tubage rapide, et qui a bien voulu lui faire une démonstration pratique de la méthode de l'index pigmentaire.

(2) Louis CAMUS. — Sur un procédé rapide de cathétérisme duodénal appliqué au tubage duodénal. *Bull. Ac. Méd.*, 14 mai 1933, et Le cathétérisme duodénal rapide thérapeutique, 1^{er} Congrès français de Thérapeutique, p. 111.

sonde, du pharynx du malade au duodénum, en suivant directement la grande courbure de l'estomac et non plus en attendant uniquement « son bon vouloir » (Goiffon). Elle évite ainsi de longues heures d'attente, quelquefois stériles, toujours inutiles et pénibles pour le malade. De plus, à notre sens, quand elle est employée *sous contrôle radioscopique*, elle demeure actuellement *la seule méthode de tubage duodénal possible chez certains aliénés* chez qui elle nous a le plus souvent permis le succès. Rappelons rapidement que la sonde est en gomme, d'un diamètre un peu inférieur au tube d'Einhorn, qu'elle est munie de mandrins directeurs facilement coulissables, en baleine souple, lui conférant une certaine semi-rigidité qui rendra son cheminement gastro-duodénal direct. Son extrémité supérieure possède un embout amovible permettant les aspirations de contrôle dans la sonde, à tout moment du tubage (si celui-ci est pratiqué sans le concours de la radioscopie), sans avoir à la priver de son mandrin directeur, qui n'est retiré que quand l'olive est dans le duodénum.

A titre d'exemple, voici comment nous procédons le tubage sous l'écran chez un *catatonique* : Le malade, assis, est enveloppé d'un drap passé autour de la poitrine et lui assujettissant les bras le long du corps. Il est maintenu de chaque côté par un infirmier. Grâce à l'ouvre-bouche d'O'Dwyer, la sonde armée de son mandrin de fine baleine, devenue ainsi suffisamment rigide, est rapidement introduite dans l'œsophage, puis l'estomac. Le malade est alors mis debout et accolé derrière l'écran. La position de la sonde bisthumée dans l'estomac est facilement vérifiée. Si elle fait une boucle, on la déroule, puis on repousse doucement en avant la sonde dans l'œsophage jusqu'à ce que, sous la vue, son extrémité olivaire atteigne la région du bulbe duodénal et du genu superius. Si l'on a employé le mandrin le moins fin, on le retire de quelques centimètres devant le pylore, de façon à ce que la sonde passe doucement au travers de celui-ci, puis s'incurve facilement ensuite dans le duodénum de façon caractéristique.

En cas de spasme prolongé, très fréquent et souvent très intense chez les catatoniques, et pour éviter toute préparation médicamenteuse préalable nuisible à l'expérimentation (bromure, injection d'atropine), nous conseillons de modifier la technique de la façon suivante :

La position de l'olive devant le pylore une fois repérée à l'écran sur le malade couché, laisser celui-ci ainsi dans le calme et attendre, sous surveillance radiologique. Il nous est arrivé

uné fois de ne pas pouvoir passer devant un spasme prolongé persistant.

Notons enfin que, dans les limites où l'on peut suivre d'après les courbures de la sonde l'état de l'estomac non opacifié par de la baryte, nous avons assisté parfois à des déformations gastriques extrêmement accentuées et tout à fait inhabituelles, liées, semble-t-il, à une association de processus de spasmes et de grande atonie.

DEUXIÈME PARTIE

Résultats obtenus par l'injection des biles humaines de tubage duodénal aux animaux (1)

Les biles ont toujours été injectés dans un délai très court après le tubage duodénal (pas plus de 1 heure à 1 h. 1/2 après). Les injections étaient faites sous-cutanées chez la plupart des animaux (chat, souris, rats, etc...) et intra-musculaires chez le pigeon. Il faut tenir compte évidemment de l'action irritante de la bile sur les tissus environnants, mais cette réaction locale n'empêche pas l'absorption de se faire, et les signes généraux apparaissent dans les heures qui suivent l'injection. Cette réaction locale peut être plus gênante, lorsqu'on se livre à des expériences plus prolongées, et à des injections répétées chez le même animal. Nous avons vu ainsi survenir chez le chat, au niveau de l'injection, de larges escarres qui, par leur retentissement sur les nerfs périphériques et par l'infection dont elles peuvent être le siège, sont susceptibles de perturber notablement les conditions d'observation. Nous reviendrons plus tard sur cette question de l'intoxication biliaire chronique. Dans ce travail, nous nous limiterons à l'étude des accidents nerveux aigus consécutifs à l'injection de bile.

A ce point de vue, les résultats apparaissent différents suivant les cas cliniques auxquels on s'est adressé, et, d'une façon générale, nous pouvons classer les biles que nous avons expérimentées en plusieurs catégories : quelques-unes semblent relativement peu toxiques chez l'animal (2) ; d'autres donnent lieu

(1) Nous remercions bien vivement MM. les D^{rs} F. Moutier et Faroy qui ont bien voulu confier à l'un de nous les tubages de quelques-uns des malades dont les biles ont été étudiées expérimentalement dans ce travail.

(2) Dans ces quelques cas négatifs, il s'agissait de biles peu colorées, claires et alcalines de fin de tubage, surtout constituées par du suc pancréatique et duodénal.

en général à des effets somnolents et stuporeux, une troisième variété peut déterminer une catalepsie typique ou seulement une ébauche de catalepsie.

A. BILES A ACTION SOMNOLENTE ET STUPEUSE

Ces biles, provenant de sujets subnormaux ou atteints d'affections variées, mais non d'ictère, ne nous ont pas montré jusqu'à présent, injectées chez les animaux, de catalepsie, mais ont fait naître chez eux d'autres troubles nerveux, parmi lesquels nous étudierons tout d'abord le sommeil et la stupeur qui méritent d'être observés de près chez les animaux. On confond souvent en effet le sommeil, la stupeur et la catalepsie. Il est essentiel tout d'abord de bien préciser la séméiologie respective de ces trois syndromes.

Dans le *sommeil*, l'animal est immobile, *les yeux clos*, en résolution musculaire, mais *on le réveille facilement* par les moindres excitations : l'animal ouvre alors les yeux, et reprend son activité pour retomber ensuite dans le sommeil, une fois abandonné à lui-même.

Dans la *stupeur*, au contraire, l'animal est également immobile, mais conserve les yeux ouverts. Il est plus difficile, par les excitations, de le réveiller. Toutefois, on peut momentanément parfois y revenir. Par contre, l'animal ne garde pas activement les positions qu'on lui donne. Ce dernier caractère permet de différencier la stupeur de la catalepsie.

Bien entendu, il existe des parentés et des formes de passage entre ces divers états.

Voici quelques protocoles de sommeil et de stupeur biliaires chez la souris, le chat et le pigeon.

Protocole 1. — 9 novembre 1933.

Bile provenant de M...

Souris. — 15 h. 15. Injection sous-cutanée à trois souris de Bile B. aux doses respectives suivantes : souris a : 1/2 cc. ; souris b : 1/2 cc. ; souris c : 1 cc.

15 h. 20. Les trois souris sont en plein sommeil (yeux clos, repliées sur elles-mêmes ; on peut les réveiller momentanément par des excitations cutanées, mais abandonnées à elles-mêmes, retombent en sommeil).

15 h. 40. Souris c, couchée sur le côté, paralysie complète, morte. Les deux autres souris restent somnolentes toute la soirée, mais sont rétablies le lendemain.

Protocole 2. — 9 décembre 1933.

Bile provenant de Mme Bv...

Souris. — 1° Bile B.

14 h. 30. Injection de 3 souris avec 1/2 cc. de bile B.

14 h. 45. Sommeil typique des trois souris : yeux clos, tassées les unes contre les autres, polypnés. On les réveille par les stimulations.

19 heures. Même état.

Le lendemain sont rétablies.

2° Bile A.

14 h. 35. Injection de trois souris avec à chacune 1/2 cc. de Bile A.

14 h. 45. Sommeil profond, peut-être plus profond que chez les souris injectées avec la bile B. Animaux très aplatis toute la soirée.

3° Bile C.

14 h. 40. Injection à 3 souris de 1/2 cc. respectivement de Bile C.

14 h. 50. Sommeil typique.

19 h. Toujours en sommeil. On peut les réveiller, mais parésie du train postérieur.

Protocole 3. — 9 décembre 1933.

Bile provenant de Mme Bv...

Pigeon. — 17 h. 30. Injection sous l'aile de 3 cc de Bile A. provenant de Mme Bv...

18 h. Engourdi, se laisse prendre facilement. On le pose sur la table ; reste immobile droit sur ses pattes, ne s'envole pas. Aspect de stupeur. Toutefois ne garde pas les positions et si on l'excite d'une façon répétée, va et vient et finit par s'envoler. Nouvelle injection de 2 cc. de bile A.

19 h. 15. Même état.

Protocole 4. — 11 novembre 1933.

Bile provenant de Mlle L... (lithiase biliaire).

Cobayes. — 15 h. Injection sous-cutanée de 5 cc. de bile A à deux cobayes. Injection sous-cutanée de 5 cc. de bile C (de la même malade) à 4 cobayes. Aussitôt après l'injection, tous les animaux présentent des secousses et sont un peu immobilisés, mais ces troubles disparaissent au bout de 2 à 3 minutes.

15 h. 50. Les 2 cobayes ayant reçu la bile A ont repris leur aspect normal. Par contre, les 4 cobayes ayant reçu la bile C présentent une immobilité absolue, les yeux ouverts, immobilité impressionnante par rapport aux cobayes témoins : toutefois, ils ne conservent pas les positions qu'on leur donne ; si on place les pattes sur un support, les pattes retombent aussitôt.

Protocole 5. — 11 novembre 1933.

Bile provenant de Mlle L. (Lithiase biliaire).

Pigeon. — 15 h. Injection de 3 cc. de bile C. de Mlle L.

15 h. 50. Animal immobile, cou enfoncé entre les deux épaules, on peut le prendre sans qu'il s'envole, toutefois ne conserve pas les positions.



FIG. 1. — Sonde de L. Camus. — Les deux extrémités de la sonde et de son plus gros mandrin de baleine. L'extrémité supérieure de la sonde est munie de son embout amovible.

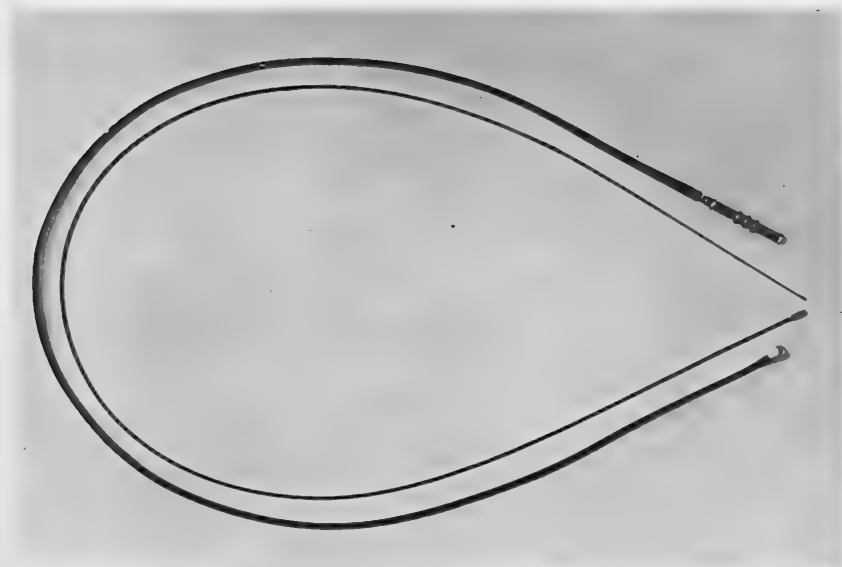


FIG. 2. — La sonde et son mandrin fin.



FIG. 3. -- La sonde armée d'un mandrin descend rapidement dans l'estomac (malade debout).



FIG. 4. — Elle atteint maintenant la deuxième portion du duodénum par simple propulsion de son extrémité supérieure devant la bouche du malade.



FIG. 5.

FIG. 5. — Dans ce fragment de film, on voit le pigeon atteint de catalepsie biliaire expérimentale se maintenant en équilibre sur un bâton, quels que soient les mouvements imprimés au support. Il ne s'envole pas, lorsqu'on le touche avec la main.



FIG. 6.

FIG. 6. — Le pigeon cataleptique se tient dressé sur notre épaule. On peut se promener, se retourner, secouer la tête sans que l'animal s'envole. Au cours des mouvements un peu brusques, on peut noter les efforts d'équilibration (ouverture des ailes) effectués par l'animal pour maintenir la position qu'on lui a donnée.

16 h. 30. Même état de stupeur, sans catalepsie. Brusquement dyspnée, apparence d'angoisse et mort subite.

Protocole 6. — 9 décembre 1933.

Bile de Mme Bu...

Cobayes. — 17 h. 35. Injection sous-cutanée de 6 cc. de bile A.

17 h. 50. Aspect de stupeur : animal dans une immobilité absolue et permanente, fixité totale; est bousculé comme une masse inerte par les cobayes témoins sans qu'il réagisse. Cependant, pas de catalepsie : ne conserve aucune position ; placé en position verticale, retombe aussitôt ; pas de sommeil non plus : les yeux restent parfaitement ouverts. Même état dans toute la soirée.

Un autre cobaye, injecté avec 8 cc. de bile B. provenant de la même malade, présente les mêmes phénomènes d'engourdissement et de stupeur, mais nettement moins marquées que ceux du cobaye injecté avec 6 cc. de bile A.

Ces divers protocoles sont superposables ; ils montrent, à la suite d'injections de biles de tubage duodénal provenant de sujets variés, tantôt du sommeil, tantôt de la stupeur, mais pas de catalepsie vraie. Il est intéressant de rapprocher ces données expérimentales de la notion de la somnolence des hépatiques et des ictériques sur laquelle ont insisté Léopold Lévi (1) et les Professeurs Gilbert et Castaigne (2).

B. BILES CATALEPTIGÈNES

Jusqu'à présent, nous avons réalisé la catalepsie en partant de biles de malades atteints d'ictère, et de la bile de quelques catatoniques.

a) Catalepsie à partir de biles de 5 malades ictériques.

Cas n° 1. — M. Fa... convalescent d'ictère catarrhal.

9 novembre 1933. — Pigeon. — 15 h. 50. Injection de 3 cc. de bile C dans les masses musculaires sous l'aile.

16 h. 5. Aspect de léger engourdissement, cou entre les épaules, mais s'envole quand on le touche.

17 h. Pigeon en pleine catalepsie : on le prend à volonté sans qu'il s'envole. On le place sur l'arête d'un livre : se maintient dans cette position, on porte le livre à bout de bras en le secouant un peu et le déplaçant dans l'espace, le pigeon se maintient imperturbablement

(1) Léopold Lévy. — Troubles nerveux d'origine hépatique. Thèse de Paris, 1896.

(2) GILBERT et CASTAIGNE. — La somnolence des ictériques. Soc. de Biologie, 27 octobre 1900.

fixé activement sur l'arête du livre, rectifiant et corrigeant son équilibre. On peut ainsi le promener au milieu des jardins, l'animal reste toujours pétrifié, et ne s'envole pas. (Cf. film n° 1).

18 h. 30. Commence à se tenir moins bien, les pattes s'affaissant un peu.

18 h. 40. Tombe brusquement et meurt.

La bile du même malade, prélevée le même jour, et injectée chez le chat, a donné chez cet animal, non pas une catalepsie vraie, mais un état de stupeur simple intense, comme le montre le protocole suivant :

9 novembre 1933. — *Chat*. — Poids : 2 kg.

15 h. 10. Injection sous-cutanée de 3 cc. de bile B. Peu après se cache dans les coins, miaule.

15 h. 20. Nettement engourdi, immobile, un peu aplati ; tête baissée ; reste absolument indifférent devant une souris, alors qu'un chat témoin se jette sur la souris.

15 h. 30. Complètement engourdi : ne s'enfuit pas quand on le menace ; garde les yeux ouverts, pupilles moyennement dilatées ; résiste quand on le pousse ; par contre ne garde pas les positions qu'on lui donne, ne se tient pas les pattes posées sur un support ; polypnée.

15 h. 35. Même état ; nouvelle injection de 6 cc. de bile provenant du même sujet, mais de bile C.

16 h. 5. Tendance à prendre l'aspect du sommeil ; ferme les yeux, tête en bas. Même état toute la soirée.

10 novembre. — Le lendemain matin reste engourdi, immobile, tête en bas, indifférent à ce qui l'entoure (souris). Abolition de toute initiation motrice, avec passivité : on le pousse, il avance de quelques pas, puis s'arrête. Toutefois, ne conserve pas activement les positions. Même état toute la journée.

11 novembre. — Même engourdissement encore plus marqué ; aspect de stupeur ; pétrifié, tête en bas, ne mange pas. Miaule par moments ; toutefois, ne conserve toujours pas les positions imprimées. Se remet peu à peu les jours suivants.

Cos n° 2. — Mlle Gold..., ictère catarrhal au déclin.

16 mai 1934. — *Pigeon*. — 17 h. 17. Injection de 3 cc. de bile B à un pigeon de 330 gr.

17 h. 25. Remue moins que les pigeons témoins, mais réagit quand on cherche à l'attraper.

18 h. 45. Un peu engourdi. Nouvelle injection de 3 cc. 1/2 de bile B.

19 h. 20. Engourdi : on peut le prendre facilement. *Respiration difficile*. Ne s'envole pas, se déplace quand on le poursuit.

19 h. 35. Complètement immobile ; on peut le prendre à volonté ; conserve les positions (sur l'arête d'un livre, d'une tige, etc.). *Catalepsie typique*.

19 h. 40. Les pattes fléchissent un peu. Début du stade paralytique. apparition du hoquet.

19 h. 50. Mort.

Le même liquide injecté à 4 souris (1/2 à 1 cc.) a provoqué chez ces animaux un engourdissement profond avec paralysie, mais sans catalepsie, et à des cobayes (2 à 3 cc.) n'a pas déterminé de perturbations appréciables.

Cas n° 3. — Mme L..., cholécystectomisée, atteinte d'ictère chronique. Bile C obtenue après injection de SO^4Mg .

25 mai 1934. — Pigeon. — 11 h. 45. Injection de 3 cc. de bile.

12 h. Plus immobile.

12 h. 30. Catalepsie typique, mais relativement labile. En excitant l'animal, il sort de la catalepsie. Nouvelle injection de 3 cc.

13 h. Catalepsie typique et profonde.

14 h. 45. L'animal commence à s'affaïsser un peu. Début du stade parétique.

15 h. 15. Mort.

Cas n° 4. — M. Ec... Ictère catarrhal. Bile B obtenue après injection de SO^4Mg .

Pigeon, 470 gr. — 17 h. 7. Injection de 3 cc. de bile.

17 h. 20. Pas de modifications.

17 h. 40. Nouvelle injection de 3 cc.

18 h. 20. Semble un peu moins mobile.

18 h. 45. Apparition de catalepsie typique, conserve toutes les positions.

18 h. 50. Paraît sortir de la catalepsie. Nouvelle injection de 2 cc.

19 h. De nouveau catalepsie typique.

Cas n° 5. — M. Ra..., ictère progressif par adéno-cancer du foie avec cirrhose.

19 février 1934. — Cette bile est injectée au cobaye, à la souris et au pigeon aux doses respectives suivantes : 4 cc. aux cobayes (2 cobayes) ; 1 cc. à la souris ; 3 cc. au pigeon. Les cobayes ont présenté à la suite un engourdissement marqué sans catalepsie. La souris présente un sommeil typique. Le pigeon présente un sommeil profond, puis une *ébauche de catalepsie* : on peut le prendre sans qu'il s'enfuie ; se maintient, mais la catalepsie disparaît après stimulations. (Sommeil cataleptique, plutôt que catalepsie stable).

24 février 1934. — Nous avons étudié la bile du même malade après en avoir fait précipiter les pigments, et, en grande partie les sels biliaires. De cette bile incolore nous injectons, à 9 heures : 1 cc. à une souris ; 3 cc. à un pigeon ; 4 cc. à un cobaye. 10 heures : souris paralysée, meurt à 12 h. Les autres animaux n'ont présenté rien d'anormal. Le pigeon était peut-être un peu moins actif, mais on ne pouvait l'approcher sans qu'il s'envole.

28 février 1934. — Injection de bile C (conservé 24 heures à la glacière). 1 cc. à 3 souris.

La première meurt rapidement ; les deux autres entrent d'abord en profond sommeil, puis l'une présente une belle catalepsie (reste figée activement à un support sans bouger de 12 h. 1/2 à 14 heures), l'autre présente une ébauche de catalepsie, fait des efforts pour se maintenir, mais tombe rapidement, parésiée. (La parésie se substituant à la catalepsie).

Une nouvelle expérience 8 jours plus tard. L'état du malade s'étant aggravé avec apparition d'ascite, a provoqué la mort de 4 souris en utilisant seulement l'injection de 1/10 de cc. de bile recueillie immédiatement après excitation par le Sulfate de Magnésie.

Ainsi, sur 5 cas d'ictères étudiés jusqu'à présent, nous avons obtenu 5 fois une *catalepsie* chez le pigeon, et aussi une fois une catalepsie chez la souris. Notons que la catalepsie la plus intense a été obtenue à partir de la bile des 4 cas d'ictères infectieux ; la catalepsie était moins marquée à partir de la bile du cas d'ictère avec néoplasme.

Dans tous ces cas, la catalepsie fut réalisée, chez le pigeon, à l'aide de doses extrêmement élevées (le plus souvent 6 cc. injectés en 2 fois par moitié à une heure d'intervalle).

Etude comparative de la bile au cours ou au déclin de l'ictère et après guérison. — Afin de pousser plus loin nos expériences, nous avons expérimenté de nouveau la bile d'un des malades précédents (M. Fa..., cas n° 1) après guérison totale de l'ictère. Voici les protocoles de ces expériences avec la bile A, B, C.

M. Fa..., malade ayant présenté un ictère il y a 8 mois et dont la bile prélevée au moment de la convalescence de l'ictère avait provoqué, le 9 novembre 1933, une catalepsie typique chez le pigeon. Le malade est guéri depuis plus de six mois. Un nouveau tubage est pratiqué, le 23 juin 1934, avec recueil des trois biles.

Bile A. M. Fa....

23 juin 1934. — *Pigeon* : 14 h. 27. Injection de 3 cc. au pigeon.

14 h. 45. Pas de modifications.

15 h. 10. Nouvelle injection de 3 cc. du côté opposé.

16 h. 45. Parésie accentuée. — Pattes repliées. — Dyspnée, mais aucune catalepsie.

16 h. 50. Mort.

Bile M. Fa...

23 juin 1934. — *Pigeon* : 14 h. 23. Injection de 3 cc.

14 h. 45. Immobile, les pattes raides, mais s'enfuit quand on veut le prendre.

15 h. 6. Nouvelle injection de 3 cc. du côté opposé.

16 h. 45. Tremblement accentué, et parésie. Quand on le pousse, tombe comme une masse. Pas de catalepsie.

Bile C. M. Fa...

23 juin 1934. — *Pigeon* : 14 h. 15. Injection de 3 cc.

14 h. 55. Moins mobile, mais pas de catalepsie.

15 h. 5. Nouvelle injection de 3 cc.

16 h. 45. Parésie ; pattes aplaties ; tremblement. Aucune catalepsie.

Ainsi donc, six mois environ après guérison de l'ictère, la bile de M. Fa... ne donne plus aucune catalepsie chez le pigeon, mais seulement des tremblements et des parésies.

b) Catalepsie chez le pigeon à partir de la bile de catatoniques.
Nous avons étudié la bile de 5 malades catatoniques.

Cas de M. Al... Catatonie intense. Tubage duodénal, le 9 juin 1934 (pas de bile A au bout de 10 m. bile B après 40 cc. de SO^4Mg , et bile C.).

9 juin 1934. — *Pigeon* : Poids 340 gr.

14 h. 37. Injection de 3 cc. de bile C.

14 h. 43. Tremblement, respiration saccadée.

15 h. 5. Engourdi. Nouvelle injection de 3 cc.

15 h. 45. *Catalepsie typique* (pétrifié, conserve toutes les positions, etc...).

17 h. La catalepsie persiste, toujours aussi intense. On abandonne ainsi l'animal.

18 h. 30 On retrouve l'animal mort sur place. L'injection à un pigeon de la bile du même malade (et aux mêmes doses) mais de la bile B au lieu de la bile C ne provoque qu'un engourdissement avec parésie, mais pas de catalepsie. L'animal meurt une heure trois quarts après la première injection à la suite de troubles végétatifs intenses (dyspnée, vomissements) et de paralysies.

Nous avons, chez ce malade, refait un tubage 3 mois après, l'état clinique étant sensiblement le même. Nous n'avons pas obtenu de catalepsie, mais seulement de la somnolence et de la torpeur chez le pigeon par injection de bile A et de bile C.

Il faut signaler une épreuve de Meltzer-Lyon curieuse chez ce malade. L'estomac contenait, le malade étant à jeun depuis la veille au soir, 70 à 80 cc. de chyme brunâtre de stase de fort mauvaise odeur. Une fois l'estomac évacué, le pylore franchi, et quelques centimètres cubes de bile A obtenus, nous avons assisté à une véritable débacle de suc pancréatique, 40 à 50 cc. (dûment vérifié). Une injection de 1/2 cc. de lobe postérieur d'hypophyse intra-musculaire) n'a rien changé à l'écoulement et nous n'avons pu obtenir de biles B et C qu'après instillation de 40 cc. de SO^4Mg chaud dans le duodénum.

Nous avons expérimenté également avec la bile duodénale d'un autre malade atteint d'une hébéphréno-catatonie très ancienne, mais sans aucun passé clinique hépatique ni digestif.

Voici le protocole :

Cas de M. Cr... — Tubage le 16 juin 1934. Bile A. A noter un spasme pylorique, puis 10 cc. de bile B. Presque pas de bile C, très pâle.

Bile A. 14 h. 55. Injection de 3 cc. de bile A. à un pigeon. Presque aussitôt hoquet.

17 h. 20. Tendance nette à la catalepsie. Se maintient sur une tige de fer. Cependant finit par s'envoler.

17 h. 25. Catalepsie tout à fait typique.

17 h. 45. La catalepsie s'atténue peu à peu.

Bile C. 15 h. Injection de 3 cc. de bile C. à un pigeon.

16 h. 40. Très engourdi, on peut le prendre facilement sans qu'il s'envole. Toutefois ne conserve pas les positions.

Réinjection de 3 cc.

17 h. 20. Tendance à la catalepsie.

17 h. 25. Catalepsie très nette, mais un peu moins stable qu'avec la bile A.

Ainsi, la bile de deux catatoniques que nous avons étudiée nous a permis de réaliser une catalepsie caractéristique chez le pigeon. Toutefois, ces résultats sont loin d'être constants. Chez quatre autres hébéphréno-catatoniques, la bile duodénale n'avait aucun pouvoir cataleptigène. Il faut noter toutefois que trois tubages n'ont pas été faits au cours même des poussées catatoniques, mais à un stade ultérieur de la maladie caractérisé surtout par la désagrégation psychique.

C. AUTRES TROUBLES NERVEUX EXPÉRIMENTAUX

LIÉS A LA BILE DE TUBAGE DUODÉNAL

En dehors des troubles que nous venons d'étudier (sommeil, stupeur, catalepsie), la bile duodénale peut déterminer d'autres troubles nerveux importants, notamment des paralysies, des hyperkinésies, des troubles organo-végétatifs.

Les paralysies. — Nous avons vu que la catalepsie biliaire expérimentale est suivie habituellement d'un stade paralytique, précédant la mort. L'action paralytique de la bile, surtout lorsque les doses injectées sont élevées, ne nous paraît pas douteuse. Nous avons, dans un travail antérieur, étudié ces paralysies

biliaires expérimentales (1). Retenons seulement que cette action paralytique nous a paru surtout en rapport avec les sels biliaires, et que cette action peut, lorsqu'elle est très marquée, masquer, bien entendu, l'action cataleptique.

Les hyperkinésies. — Celles-ci paraissent relativement rares, et la bile nous semble surtout une substance à action *essentielle-ment engourdissante, somnolente ou stuporeuse*. Toutefois, les biles de certains malades ont déterminé, notamment chez la souris, des hyperkinésies violentes : il en fut ainsi en utilisant la bile duodénale d'une malade atteinte de rhumatisme chronique avec colite et cholécystite chronique ; l'injection de 1/2 cc. de bile B à des souris détermine une agitation violente, l'animal se frappant la tête contre les parois du cristalliseur, faisant des bonds, tombant enfin sur le côté, et succombant. Plusieurs épreuves furent faites, en utilisant la bile de cette malade au cours de tubages successifs ; les hyperkinésies furent observées de nouveau, tantôt avec la bile A, tantôt avec la bile B, et souvent entrecoupées de sommeil ou de paralysies. Nous n'avons, par contre, jamais noté d'épilepsie vraie. On pourrait toutefois faire quelques réserves sur la valeur à attribuer à ces hyperkinésies (du moins celles de la bile B et de la bile C), en raison de l'action possible de traces de sulfate de magnésie, bien que nous ayons observé les mêmes hyperkinésies avec la bile A. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce sujet.

Les troubles organo-végétatifs : bradypnée, hoquet. — Ceux-ci sont parmi les plus intéressants et les plus impressionnants des troubles nerveux de l'intoxication biliaire expérimentale. Il s'agit, en général, de signes d'intoxication avancée : tantôt on observe un hoquet typique persistant parfois plusieurs heures ; tantôt, on note un ralentissement impressionnant de la respiration, particulièrement sensible chez les animaux habituellement polypnéiques comme la souris. Parfois enfin, nous avons constaté des vomissements. Nous insisterons, dans des publications ultérieures, sur la valeur spéciale de ces troubles organo-végétatifs.

En résumé, les protocoles précédents montrent que nous avons obtenu, à partir de biles duodénales de 5 malades ictériques, mais aussi de 2 malades catatoniques, une *catalepsie absolument caractéristique chez le pigeon* ; l'animal est absolument pétrifié, mais non paralysé. On peut le prendre sans qu'il

(1) H. BARUK et L. CAMUS. — Les paralysies biliaires expérimentales. *Soc. de Biol.*, 2 juin 1934, p. 405.

s'envole. Il conserve indéfiniment les positions les plus difficiles, rétablissant même parfaitement son équilibre menacé par des contractions actives, mais ne s'enfuyant jamais ; à plusieurs reprises, nous avons pu faire ainsi de véritables promenades dans les jardins de l'hôpital et même en ville avec un pigeon cataleptique posé au bout d'un bâton ou sur l'arête d'un livre, le pigeon se maintenant ainsi, lorsqu'on déplace même le bâton ou le livre. Nous avons pu aussi nous promener avec l'animal sur notre épaule sans qu'il s'envole (voir Film). Il s'agit donc bien là d'une *suspension élective des fonctions d'initiative psycho-motrice*, avec conservation de la force musculaire, de toutes les réactions automatiques d'équilibration, en un mot, de catalepsie psycho-motrice vraie, telle que l'un de nous l'a définie avec de Jong. Cette catalepsie peut se poursuivre une ou deux heures, parfois même, dans un cas, 18 heures. Elle est souvent suivie d'un stade paralytique et de la mort de l'animal après des troubles respiratoires et végétatifs impressionnants.

Un point reste à préciser : nous n'avons pu obtenir de catalepsie vraiment typique que chez le pigeon. Chez les autres animaux, nous avons pu observer du sommeil, de la stupeur, mais pas de vraie catalepsie. Ce fait est-il dû à une sensibilité particulière du pigeon, à l'intoxication biliaire ou à une élimination plus difficile de cette intoxication chez cet animal ? Le fait est possible. Nous ne saurions, en tout cas, en donner d'explications certaines.

Il faut noter aussi qu'une des difficultés de mettre en évidence la catalepsie biliaire réside dans le pouvoir paralytique de la bile. Pour observer la catalepsie, il faut, bien entendu, que la dose soit au-dessous de la dose paralysante. Or, l'action paralytique de la bile paraît liée, comme nous le verrons plus loin, principalement à la *concentration en sels biliaires*. La catalepsie ne peut donc s'observer qu'avec des biles peu riches en sels biliaires. C'est précisément le cas des biles de malades ictériques.

Remarquons enfin que, cette action cataleptigène de certaines biles est à rapprocher de l'action somnolente et stuporeuse de nombreuses biles de tubage duodéal. Nous retrouvons là cette *parenté de la catalepsie avec le sommeil et la stupeur*, parenté sur laquelle l'un de nous a insisté dans ses recherches avec de Jong sur la bulbocapnine, mais qu'il a également soulignée dans ses études sur la toxine colibacillaire. Cette affinité de la catalepsie expérimentale et du sommeil mérite également d'être tout particulièrement mise en évidence en ce qui concerne la bile.

TROISIÈME PARTIE

Interprétation des résultats

**Pathogénie de la catalepsie biliaire expérimentale
et nature du principe cataleptisant**

Nous venons d'exposer les résultats obtenus à la suite d'injections aux animaux de biles humaines de tubage duodénal. Toutefois, ces résultats demandent à être interprétés, et un travail de critique serrée est nécessaire. Deux questions se posent :

1° Le syndrome expérimental réalisé est-il vraiment dû à la bile ?

2° S'il s'agit d'un syndrome biliaire, à quelle substance de la bile est-il dû ?

I. S'AGIT-IL DE TROUBLES D'ORIGINE BILIAIRE

De nombreuses causes d'erreur doivent tout d'abord être éliminées : le liquide de tubage duodénal est en effet un liquide complexe : aux diverses biles qui en constituent le fond peuvent s'ajouter des substances annexes, substances dont les unes ont pu être introduites artificiellement en vue de favoriser l'expulsion de la bile, les autres proviennent de produits de sécrétion de glandes voisines (suc duodénal, suc pancréatique). Nous avons donc dû éliminer successivement ces diverses causes d'erreur.

*A. Action des substances introduites artificiellement
pour la technique du tubage*

La sonde duodénale est désinfectée à l'aide de trioxyméthylène. Elle contient donc quelques vapeurs de *formol* qui peuvent se trouver entraînées avec la bile de tubage. Ce formol est-il susceptible de perturber les résultats ? On sait que, tout récemment, Toye (1), dans sa thèse, a incriminé l'acide formique dans la genèse de certaines catalepsies chez le lapin. Il était évidemment peu probable que les quelques traces de formol entraînées au passage de la sonde soient capables de déterminer la catalepsie, d'autant plus que ces traces de formol avaient dû être vite lavées par les premières aspirations soit de suc gastrique, si les tubages étaient faits sans le secours des rayons, soit

(1) TOYE. — *Thèse de Montpellier*, 1934.

de bile une fois l'olive placée dans le duodénum. D'autre part, les mêmes traces devaient se retrouver dans toutes nos biles cataleptigènes ou non. Cependant, pour plus de sûreté, nous avons fait passer dans la sonde, préalablement laissée en contact plusieurs mois avec le trioxyméthylène, 10 cm. de sérum physiologique et nous avons injecté au pigeon 6 cc. de cette solution exactement dans les mêmes conditions où nous injectons les biles, à savoir, une première injection de 3 cc. et, une heure après, une seconde injection de 3 cc. Nous n'avons absolument rien observé d'anormal chez cet animal après une longue observation. Il nous semble donc qu'on peut éliminer tout à fait l'action du formol.

Une autre cause d'erreur, plus délicate à apprécier et qui nous avait échappé au début de nos recherches, réside dans l'emploi du sulfate de magnésie injecté par la sonde afin de recueillir les biles B et C, surtout quand la bile A est peu abondante. Rappelons qu'on injecte dans le duodénum une solution de sulfate de magnésie à 33 pour 100. Sans doute, la plus grande partie de cette solution doit être absorbée dans le duodénum jéjunum avant de provoquer la sécrétion de la bile B, ou s'est écoulé plus loin dans l'intestin grêle. En prenant les précautions indiquées plus haut dans le recueil des biles, notamment en rejetant les échantillons souillés de suc gastrique et les premiers échantillons de bile B, les biles ne pouvaient, croyons-nous, contenir que des traces de sulfate de magnésie et encore, bien entendu, seulement les biles B et C (surtout la bile B).

Toutefois, il fallait préciser le rôle possible de ce sulfate de magnésie. Dans ce but, nous avons injecté d'abord aux animaux de fortes doses, c'est-à-dire 3 cc. de la solution de SO_4Mg à 33 pour 100, au pigeon. Immédiatement, l'animal a présenté un choc extrêmement grave et est mort quelques minutes après. Chez la souris, l'injection de 1 cc. de cette solution a provoqué la mort presque immédiate, après quelques secousses ; l'injection de 1/2 cc. de la même solution a déterminé des hyperkinésies violentes, des secousses convulsives, et enfin, la mort rapide de l'animal après des secousses respiratoires.

A plus petites doses (en diluant au 1/10^e la solution de SO_4Mg à 33 pour 100, c'est-à-dire en mélangeant 1/10^e de cc. de cette solution avec 9/10^e de sérum physiologique), on détermine encore, chez la souris, des effets graves. L'injection de 1/2 cc. de la solution ainsi diluée détermine un aplatissement de l'animal, avec respiration saccadée. L'injection de 1 cc., des secousses violentes, de l'agitation, puis la mort.

Chez le pigeon, nous avons provoqué même, avec la petite dose de 3/10^e de cc. de SO⁴Mg à 33 pour 100, dilué dans 1 cc. de sérum physiologique, des accidents de choc (l'animal tombant aplati dès qu'on le touche) qui, toutefois, se sont amendés dans l'heure qui a suivi.

Poussant plus loin nos expériences, nous avons mélangé, à 10 cc. d'une bile A, quatre gouttes de la solution de sulfate de magnésie et nous avons injecté de ce mélange 3 cc. au pigeon. Celui-ci a présenté, une à deux minutes après l'injection, des secousses violentes et des convulsions. Un pigeon témoin injecté avec 3 cc. de la même bile, mais sans sulfate de magnésie, ne présenta que de l'engourdissement habituel, sans secousses ni convulsions.

Il faut donc tenir compte des accidents liés à la présence de sulfate de magnésie, même à l'état de traces. C'est là, certes, une cause d'erreur délicate. Toutefois, on peut faire les remarques suivantes :

1° La présence de sulfate de magnésie détermine des accidents convulsifs ou d'excitation, tandis que la bile détermine surtout de l'engourdissement et de la torpeur. Jamais le sulfate de magnésie n'a provoqué, dans nos expériences, de stupeur ou de catalepsie, comme nous l'avons observé après l'injection de certaines biles. D'autre part, les phénomènes nerveux liés au sulfate de magnésie sont presque immédiats après l'injection, ceux liés à la bile, au contraire, beaucoup plus tardifs et liés probablement à une absorption plus lente (1).

Les seules réserves que l'on puisse faire à propos du sulfate de magnésie concernent uniquement certaines hyperkinésies, d'ailleurs rares au cours de nos expériences sur la bile duodénale.

2° Ces réserves ne pourraient d'ailleurs s'appliquer qu'à la bile B et C, et absolument pas à la bile A, bile dont l'écoulement est spontané, sans provocation médicamenteuse. C'est pourquoi désormais nous continuons à expérimenter sur la bile A.

En résumé, malgré les réserves que nous venons de faire en ce qui concerne la perturbation liée au sulfate de magnésie, on ne peut éliminer, semble-t-il, l'action somnolente, paralytique ou cataleptigène des biles que nous avons étudiées plus haut.

(1) La question des modalités d'absorption joue un rôle important. C'est ainsi qu'en mélangeant intimement le sulfate de magnésie à la cholestérine on diminue notablement les accidents. Par exemple un pigeon a reçu 3/10 de SO⁴Mg. à 33 0/0 mélangé à 7/10 de cc. de cholestérine à 0,50 pour 1.000 sans présenter rien d'anormal, alors qu'un pigeon témoin ayant reçu 3/10 de SO⁴Mg. plus 7/10 de sérum physiologique présentait des phénomènes de choc marqués.

B. Action du suc pancréatique

On pouvait se demander, d'autre part, si le suc pancréatique plus ou moins mélangé à la bile de tubage duodénal ne pouvait jouer un rôle dans la production de la catalepsie ou d'autres troubles nerveux expérimentaux que nous avons observés en injectant la bile de tubage duodénal. L'expérience suivante constitue, à ce sujet, une épreuve intéressante. Nous avons pu, en effet, effectuer, chez un malade atteint de cancer abdominal étendu ayant intéressé les voies biliaires, un tubage duodénal qui a donné issue à un suc duodénal alcalin d'aspect d'eau de roche, et dont les activités lipasique et trypsique ont été vérifiées. Ce liquide a été injecté au pigeon suivant le protocole suivant :

22 mai 1934. — *Pigeon* : Poids 490 gr.

15 h. 35. Injection de 3 cc.

15 h. 45. S'affaisse un peu sur ses pattes.

16 h. 10. S'affaisse de plus en plus. Dyspnée. Réflexe cornéen aboli. En excitant l'animal, il se redresse puis retombe.

16 h. 40. Moins prostré. Peut se tenir debout. Diarrhée profuse.

17 h. 5. Se tient debout ; s'enfuit si on cherche à le prendre.

17 h. 45. Retour à l'état normal.

En résumé, l'injection de suc duodénal contenant certainement du suc pancréatique a provoqué surtout un état de prostration, sans catalepsie.

Une autre expérience nous a apporté des résultats du même ordre. Chez un catatonique, M. Al..., nous avons fait un tubage, le 10 septembre 1934, dont il a été déjà question plus haut et qui est venu nous fournir très heureusement du suc pancréatique qui a été vérifié par l'analyse suivante du Dr Grigaut que nous remercions très vivement (1).

Sels biliaires	Néant
Cholestérol	Néant
Pouvoir lipasique	6 (normal 50)
Pouvoir trypsique	10,7 (normal 10 à 14)

(1) A titre de curiosité, n'ayant pu nous procurer à l'abattoir du suc pancréatique et duodénal animal, nous avons expérimenté avec des extraits pancréatiques et duodénaux du commerce stérilisés par tyndalisation (Lab. Byla). Ces extraits n'ont déterminé aucun accident aux doses respectives, chez le pigeon, de 2 gr. de glande fraîche pour le duodénum, et de 1 gr. pour le pancréas.

Nous avons, d'autre part, vérifié deux fois l'action négative expérimentale du suc gastrique prélevé chez deux catatoniques.

Nous avons expérimenté ce liquide pancréatique chez le pigeon, en injectant d'abord 3 cc., puis, une demi-heure après, encore 3 cc. *L'animal n'a rien présenté d'anormal.*

A titre comparatif, les biles A et C obtenues dans la même épreuve chez ce malade ont provoqué chez le pigeon de l'engourdissement (mais sans catalepsie) suivi, au bout de quelques heures, de la mort des animaux.

C. Etude expérimentale comparative de la bile humaine de tubage duodénal et de la bile vésiculaire animale

La meilleure épreuve de contrôle consistait évidemment à étudier expérimentalement, par comparaison avec la bile humaine de tubage duodénal, la bile vésiculaire animale (1), cette bile étant absolument indemne de toute substance surajoutée. A cet effet, nous nous sommes procuré des vésicules biliaires de bœuf ou de porc recueillies aseptiquement (2). Nous aspirions la bile par ponction aseptique. La stérilité de la bile ainsi recueillie a toujours été vérifiée par ensemencement à l'étuve. Nous avons ensuite réalisé des dilutions variées de cette bile, en cherchant tout d'abord à nous rapprocher le plus possible de la concentration de la bile humaine. Dans ce but, nous avons utilisé des étalons colorimétriques cités plus haut et correspondant à la bile humaine (procédé de Sala Roig), et nous avons dilué la bile animale avec du sérum physiologique jusqu'à la couleur de l'étalon. Ultérieurement, nous avons utilisé des solutions de bile animale de plus en plus concentrées, et même la bile non diluée. Voici, à titre d'exemples, quelques-uns de nos protocoles concernant d'abord la bile de bœuf, ensuite la bile de porc.

1. Bile de Bœuf. — Dilution de 20 cc. de bile dans 12 cc. de sérum physiologique (jusqu'à coloration équivalente à la solution de bichromate au 1/1000 — index pigmentaire de Sala Roig — correspondant approximativement à une bile A, diluée de moitié). De cette dilution l'injection de 1/2 cc. à 2 souris provoque un état de *sommeil caractéristique*, suivi de parésies, et chez une souris des secousses violentes. Mort des 2 souris.

(1) Nous n'avons pu nous procurer jusqu'à présent des biles de malades porteurs de fistules biliaires, biles qui seraient strictement vésiculaires.

(2) Nous remercions tout spécialement le Dr Dameuve, des Etablissements Byla, qui nous a permis si aimablement de nous procurer ces vésicules biliaires.

Mêmes résultats en injectant les mêmes doses d'une dilution de 20 cc. de bile de bœuf dans 5 cc. de sérum physiologique (sommeil avec parésies) ; l'injection de 1 cc. de cette solution à 2 autres souris détermine une parésie accentuée, et la mort.

Ces expériences ont été répétées de nombreuses fois avec des résultats identiques. Pour plus de sûreté, nous avons, les mêmes jours, injecté, à titre de contrôle à des souris, de la bile humaine de tubage duodénal. *L'aspect de sommeil des animaux est identique dans les deux cas.* Chez le pigeon, les résultats obtenus sont également analogues dans les 2 cas, comme le montre le protocole suivant :

19 mai 1934. — *Pigeon.* Poids : 365 gr.

11 h. 35. Injection de 3 cc. de dilution formée de 20 cc. de bile dans 12 cc. de sérum physiologique.

11 h. 50. Après une courte période de somnolence, la tête rentrée dans les deux épaules, les paupières baissées, se réveille.

12 h. 5. Peu actif. On le prend facilement sans qu'il s'envole. A noter une paralysie de l'aile du côté de l'injection. On le place sur un support, tombe par terre brutalement sans pouvoir voler.

Les jours suivants : reste paralysé de son aile droite ; ne s'envole pas, ne peut monter sur les barreaux de la cage. Cependant mange bien.

2° *Bile de porc.* — On ponctionne aseptiquement la vésicule recueillie le matin aux abattoirs. La bile estensemencée à l'étuve (stérile). On prépare la dilution suivante : 10 cc. de bile de porc dans 10 cc. de sérum physiologique. De cette solution, on injecte :

à 2 souris, à 15 h. 51, 1/2 cc.

16 h. 5. Aspect de sommeil typique.

17 h. Une souris morte. L'autre en plein sommeil.

18 h. Toujours sommeil profond.

Rat. — Chez le rat l'effet est analogue. Sommeil, parésie, mort. (Injection successive, d'abord de 2 cc. 1/2 de dilution, puis, 1/2 heure après, de 5 cc.).

Bile de porc non diluée. — 25 mai 1934. — *Souris.* 16 h. 35. Injection de 1/2 cc. à 2 souris.

16 h. 46. Chez une des deux souris, hyperkinésies violentes. Sauts. Soubresauts. Tombe ensuite inerte et meurt.

16 h. 38. L'autre souris paraît paralysée des pattes postérieures, puis, vers 18 heures, reprend son activité.

Conclusions. — La bile animale peut déterminer, comme la bile humaine de tubage duodénal :

1° du sommeil et de la stupeur ;

2° des paralysies. Comme avec la bile de tubage duodénal, ces paralysies peuvent *rester localisées au voisinage de l'injection*, fait sur lequel nous avons spécialement insisté (1) ;

3° des hyperkinésies.

**

On peut donc conclure, de tous ces faits et des nombreuses expériences de contrôle et éliminatoires que nous avons faites, *que les syndromes nerveux expérimentaux que nous avons observés avec la bile humaine de tubage duodénal, sont bien d'origine biliaire.* Nous les avons retrouvés avec la bile vésiculaire animale. Seule, la catalepsie n'a pu être reproduite avec cette bile vésiculaire animale, mais elle n'a pas pu davantage être reproduite avec les diverses substances accidentelles susceptibles d'être mélangées au liquide de tubage duodénal.

Il semble donc probable que, comme le sommeil et la stupeur, la catalepsie doit aussi être liée à des éléments du liquide biliaire ; mais à quels éléments est-elle liée ? Est-elle en rapport avec certains constituants normaux de la bile ou seulement avec d'autres substances contenues dans la bile seulement à l'état pathologique ? C'est pour répondre à cette nouvelle question que nous avons entrepris les expériences systématiques suivantes.

II. A QUELLE SUBSTANCE EST DUE LA CATALEPSIE EXPÉRIMENTALE DÉTERMINÉE PAR LA BILE DE CERTAINS TUBAGES DUODÉNAUX ?

Pour tenter de résoudre ce problème, nous avons étudié tout d'abord expérimentalement les principales substances chimiques contenues dans la bile normale, c'est-à-dire les sels biliaires, les pigments biliaires et la cholestérine.

A. Les sels biliaires

Nous avons injecté, chez les animaux, des solutions de glycocholate et de taurocholate de soude (2) en utilisant les concen-

(1) H. BARUK et L. CAMUS. — *C. R. Société de Biologie*, 2 juin 1934.

(2) Nous remercions très vivement le Dr Dameuve, des Etablissements Byla, d'une part, et, d'autre part, M. Dumesnil, Pharmacien en Chef de la Maison Nationale de Charenton, qui ont bien voulu nous préparer ces diverses solutions.

trations les plus variées afin de saisir les divers types de réactions nerveuses. Les dilutions ont été faites à partir d'un mélange de glycocholate et de taurocholate de soude, tantôt suivant une proportion égale, tantôt suivant une proportion de 4 gr. de glycocholate pour 1 gr. de taurocholate.

Voici les protocoles avec des dilutions progressivement croissantes :

1. *Solution à 2 pour 1.000* (à proportions égales de tauro et de glycocholate).

Souris. — Injection sous-cutanée de 1 cc. à 3 souris. A peine légèrement engourdis, mais ne dorment pas, restent immobiles.

2. *Solution à 3,5 pour 1.000* (à proportion égale de tauro et glycocholate).

Souris. — Injection de 1 cc. sous-cutanée à 3 souris. Sommeil léger, mais net. On les réveille facilement.

3. *Solution à 9 pour 1.000* (à proportion égale de tauro et glycocholate).

a) *Souris.* — Injection de 1 cc. sous-cutanée à 3 souris. Sommeil marqué, avec polypnée. Chez aucune souris on ne note de catalepsie.

b) *Pigeon.* — 15 h. 40. Injection de 3 cc. de cette solution sous l'aile. 16 h. Aucun effet. Nouvelle injection de 3 cc. Aucun effet.

c) *Cobayes.* — Injection sous-cutanée de 4 cc. de cette solution. Aucun effet. Nouvelle injection de 5 cc. de la même solution. Aucun effet.

4. *Solution à 8 pour 1.000* (à proportion de 4/1).

a) *Souris.* — 15 h. 30. Injection de 1 cc. à 3 souris.

16 h. Sommeil léger. On les réveille facilement.

16 h. 40. Sommeil plus marqué.

18 h. 30. Sommeil moind net.

b) *Chat.* — Injection de 2 cc. de cette solution à 8 pour 1.000. Pas d'effet sensible.

c) *Pigeon.* — 17 h. 25. Injection de 4 cc. de cette solution sous l'aile. Aussitôt après *hoquet violent et rythmé.*

17 h. 40. Le hoquet persiste.

17 h. 50. *Respiration très gênée et très lente* : les inspirations sont courtes, à peine visibles, les expirations brusques avec grande ouverture de bec. Ces troubles persistent toute la soirée. Le lendemain l'animal est normal.

d) *Cobayes.* — 17 h. 35. Injection de 2 cc. de cette solution à 8 pour 1.000. Aussitôt, cris, petites secousses de la tête, puis redevient normal.

17 h. 50. Nouvelle injection de 3 cc. Urination abondante ; un peu immobile ; yeux bien ouverts.

18 h. 20. Nouvelle injection de 8 cc. Immédiatement après cris, aspect d'angoisse ; court, semblant chercher de l'air, puis, aussitôt, blocage

respiratoire ; respiration excessivement lente, hoquet. Parésie du train postérieur.

18 h. 30. Marche un peu mieux, mais la respiration est toujours difficile.

19 h. Mort.

Nouvelle expérience avec la solution à 8 pour 1.000 chez un autre CHAT.

Chat. — Poids : 2 kg.

14 h. 30. Injection de 6 cc. de la solution. Rien après l'injection.

15 h. Peut-être un peu moins actif, ferme les yeux de temps en temps, mais se jette sur une souris qu'on lui présente.

15 h. 15. Nouvelle injection de 10 cc. de la solution à 8 pour 1.000.

15 h. 20. Même état. Ferme les yeux de temps en temps, mais se jette sur les souris. En somme pas d'action nette.

5. *Solution à 16 pour 1.000 (à 4 pour 1).*

Souris. — 15 h. 35. Injection de 1 cc. à 3 souris.

16 h. Sommeil profond de 2 souris, mais elles sont aplaties ventre contre terre (les souris en sommeil avec la bile sont repliées sur elles-mêmes, tassées et en flexion). On les excite ; se réveillent mais retombent aussitôt. Au moment du réveil, on voit qu'il y a une *parésie* des pattes postérieures, ce qui explique l'attitude ventre contre terre. La 3^e souris n'a rien.

16 h. 30. Les 2 souris endormies sont mortes. La 3^e n'a rien.

6. *Solution à 64 pour 1.000 (à 4 pour 1).*

Souris. — 17 h. 50 Injection sous cutanée à 3 souris. 1/2 cc. à la 1^{re}. 1 cc. aux deux autres.

17 h. 55. S'immobilisent, yeux ouverts, respiration ralentie, avec ouverture du bec. Paralysie du train postérieur.

18 h. Mort des 2 souris ayant reçu 1 cc. après un gros ralentissement respiratoire, puis apnée. La souris survivante (1/2 cc.) est *somnolente, les yeux fermés, polypnéique*. On peut la réveiller, mais elle se rendort.

Ainsi à *petites doses : sommeil ; à dose plus forte : troubles respiratoires et mort.*

7. *Solution concentrées à 4 pour 10 (à 4 pour 1 de glyco et taurocholate).*

a) *Souris.* — Injection de 1/2 cc. à la 1^{re}.

Injection de 1 cc. à 2 souris.

17 h. 30. Les 3 souris sont aplaties, immobiles, mais les yeux ouverts, dès qu'on les touche se mettent à marcher.

17 h. 34. Aplaties, yeux ouverts ; les souris 2 et 3 (1 cc.) sont complètement paralysées des pattes postérieures ; la souris 1 est parésée de la patte du côté de l'injection.

Toutefois conservation parfaite de l'initiative motrice, font de vifs efforts pour remuer.

17 h. 37. Souris 2 et 3 couchées sur le côté, yeux ouverts ; paralysie totale des pattes postérieures et parésie des pattes antérieures ; *respirations très ralenties* (20 à peine par minute) avec à chaque respiration grande ouverture de bec. La souris 1 est moins touchée, présente seulement une parésie des pattes postérieures.

17 h. 45. Mort des souris 2 et 3. Souris même état.

18 h. 20. Souris 1 en sommeil. Yeux clos. Polypnée. On la réveille ; traîne alors la patte gauche puis se rendort, mais brusquement meurt.

b) Pigeon. — 17 h. 25. Injection de 1 cc.

17 h. 40. Parésie de la patte gauche. Ne peut se tenir sur cette patte, mais s'envole dès qu'on l'approche.

17 h. 45. Tremblements.

Même état dans la soirée.

Le lendemain paraît remis.

En résumé, l'injection sous-cutanée de sels biliaries peut déterminer :

1° du sommeil ;

2° des paralysies. *L'action parétique des sels biliaries semble extrêmement marquée.* Nous avons déjà souligné précédemment, dans nos expériences avec la bile duodénale, que cette action parétique semblait plus accentuée dans les biles à fortes concentrations. Les expériences avec les sels biliaries isolés confirment cette observation ;

3° des troubles organo-végétatifs très marqués, sur lesquels nous reviendrons dans un travail spécial.

On voit que les sels biliaries jouent un rôle capital dans la genèse de la plupart des troubles nerveux expérimentaux que nous avons réalisés avec la bile, c'est-à-dire dans la genèse du sommeil, des paralysies et des troubles organo-végétatifs. Mais nous n'avons jamais pu reproduire de catalepsie à l'aide des sels biliaries.

B. Les pigments biliaries

L'étude expérimentale des pigments biliaries se heurte à une première difficulté : la difficulté d'obtenir de véritable solution injectable. M. Dumesnil, pharmacien chef de la Maison Nationale de Charenton, a pu, en alcalinisant le liquide, obtenir une solution parfaitement injectable et isotonique. Il nous a préparé, d'une part, des paquets de 0 gr. 020 mgr. de bilirubine (1), d'autre part, une solution de soude rendue isotonique permettant de solubiliser extemporanément les pigments.

(1) Qui nous ont été fournis par la Maison Hoffman-Laroche.

Nous préparons le liquide à injecter de la façon suivante : on mélange d'abord 20 mgr. de bilirubine en poudre à 7 cc. de la solution isotonique de soude jusqu'à obtention d'une belle liqueur rose bien homogène. On complète ensuite jusqu'à 20 cc. avec du sérum physiologique. La solution ainsi préparée contient 0 gr. 001 mgr. de bilirubine par centimètre cube.

L'injection de cette solution à des doses variées aux souris et au pigeon ne nous a permis d'observer aucun phénomène pathologique net. Nous avons injecté jusqu'à 5 mgr. de bilirubine au pigeon.

Nous n'avons pas, il est vrai, atteint de plus fortes doses. La bilirubine paraît néanmoins fort peu toxique.

C. La cholestérine

Nous n'avons pas non plus observé de troubles nerveux après injection de cholestérine chez le pigeon. Nous avons injecté à cet animal de l'huile cholestérinée à 0,50 pour 1.000 qui nous a été préparée par la maison Byla. De cette huile, nous avons injecté jusqu'à 6 cc. sans aucun résultat.

En somme, aucun des éléments chimiques constitutifs de la bile normale que nous avons étudiés ne nous a permis de reproduire la catalepsie. *Il semble donc bien que la catalepsie expérimentale biliaire puisse être liée à une substance, apparaissant surtout dans la bile humaine, au cours de certains états pathologiques.*

Quelle est cette substance ? Nous n'avons pu, jusqu'à présent, l'identifier chimiquement. Nous nous sommes demandés s'il ne s'agissait pas d'une toxine microbienne. Dans ce but, nous avons recherché si le pouvoir cataleptigène des biles était modifié par la chaleur.

III. THERMOLABILITÉ DU PRINCIPE CATALEPTISANT

Nous avons, à cet effet, repris l'étude de la bile d'une malade encore en période d'ictère, Mme L., dont la bile C nous avait permis précédemment de réaliser une catalepsie caractéristique chez le pigeon.

Nous avons donc injecté, comparativement et dans les mêmes conditions, la bile C non chauffée, et la bile C après chauffage pendant 10 minutes à 100°.

Bile C non chauffée. — 4 juin 1934. Pigeon : 14 h. 50. Injection de 3 cc. au pigeon.

15 h. Immobile ; peu actif ; nouvelle injection de 3 cc.

16 h. 05. L'animal est en pleine catalepsie : pétrifié ; Conserve toutes les positions ; Se maintient sur le support, etc...

Mort dans la nuit.

Bile C chauffée (à 100° pendant 10 minutes). — 4 juin 1934.
Pigeon : 14 h. 50. Injection de 3 cc.

15 h. Moins actif. Léger tremblement.

15 h. 30. Nouvelle injection de 3 cc.

16 h. 10. Reste actif ; on ne peut pas le saisir, s'envole.

Aucune catalepsie dans toute la soirée. Le lendemain le pigeon est normal.

Ainsi donc, il existe, dans cette expérience, *une différence considérable entre la bile non chauffée et la bile chauffée* : la première a provoqué la catalepsie suivie de la mort de l'animal, la seconde n'a pas provoqué de catalepsie et n'a nullement menacé la vie de l'animal.

*
**

Une deuxième expérience a été faite avec la bile d'un malade catatonique :

9 juin 1934. — *Bile C non chauffée.*

Pigeon. — 14 h. 37. Injection à un pigeon de 3 cc.

15 h. 05. Nouvelle injection de 3 cc.

15 h. 45. Détermine une catalepsie typique.

Bile C chauffée à 100° pendant 1/4 d'heure.

Pigeon. — 15 h. 10. Injection de 3 cc.

15 h. 50. Après un court stade de somnolence, paraît redevenu normal. Nouvelle injection de 3 cc.

16 h. 10. Légèrement engourdi, mais fuit quand on l'approche, sans s'envoler toutefois. Pas de catalepsie.

18 h. 30. Toujours un peu engourdi, mais s'envole quand on le poursuit. Le lendemain, paraît un peu fatigué (œdème au niveau de l'injection), mais fuit quand on l'approche. Absolument aucune catalepsie.

Dans cette seconde expérience, il existe également une différence incontestable entre la bile chauffée et la bile non chauffée.

On peut donc conclure, du moins en ce qui concerne ces deux expériences, que le principe cataleptigène de la bile de la malade ictérique et de celle du malade catatonique s'est montré thermolabile.

Conclusions

1° La bile humaine obtenue par tubage duodénal peut déterminer, chez les animaux, des symptômes nerveux variés.

2° Certaines biles (provenant de malades atteints d'ictère ou de catatonie) ont déterminé, chez le pigeon notamment, une *catalepsie absolument caractéristique*, suivie ensuite d'un stade parétique.

Dans un cas, on a pu comparer l'action de la bile au cours de l'ictère et après guérison : l'action cataleptigène avait disparu quelques mois après la guérison de la jaunisse.

3° Les biles provenant d'autres sujets que nous avons expérimentées n'ont pas déterminé de catalepsie, mais ont assez souvent provoqué les troubles nerveux suivants : *sommeil, stupeur, paralysies, troubles organo-végétatifs* (hoquet, bradypnée), quelquefois enfin, mais rarement, on a pu observer chez la souris quelques hyperkinésies.

Les mêmes troubles ont pu être déterminés expérimentalement par la bile vésiculaire animale de bœuf ou de porc.

4° *Les sels biliaires* paraissent jouer un grand rôle dans la genèse d'un certain nombre de ces troubles nerveux, en particulier du *sommeil*, des *paralysies* et des *troubles organo-végétatifs*, mais pas dans celle de la catalepsie.

5° La nature du principe cataleptigène observé dans certaines biles reste encore indéterminée. Dans plusieurs expériences, ce principe s'est montré thermolabile.

6° Les faits expérimentaux que nous venons de rapporter méritent d'être rapprochés d'une série de troubles nerveux que l'on peut voir associés en clinique à des perturbations biliaires ou hépatiques, à savoir :

a) La somnolence et le sommeil des ictériques et des hépatiques.

b) Les troubles musculaires liés à l'intoxication biliaire.

c) Les troubles organo-végétatifs (bradycardie des ictériques en particulier).

d) La catalepsie et la catatonie, au cours ou à la suite d'affection du foie ou de la vésicule biliaire.

7° Enfin, au point de vue thérapeutique, des essais ultérieurs permettront peut-être d'envisager l'action thérapeutique possible de drainages duodénaux répétés chez certains catatoniques.

SUR LA PATHOLOGIE DE L'IMAGE DE SOI

(*Etudes anatomo-cliniques*)

(Suite) (1)

PAR

LUDO VAN BOGAERT

IV. Troubles du modèle postural et hallucinose visuelle

De prime abord, il peut sembler assez paradoxal que les lésions, qui réalisent des troubles de l'unité du moi somatique, s'accompagnent de phénomènes d'excitation visuelle. Une observation clinique déjà ancienne nous avait mis en présence de cette étrange association de symptômes que nous avons alors simplement enregistrés avec R. Delbeke (36) sans entrevoir leur signification physiopathologique exacte. Nous rappellerons brièvement ces faits :

Dans l'observation publiée en 1927, sous le nom de *crises oculogyres latérales puis verticales, syndrome d'hallucinose avec agnosie optique transitoire*, nous avons remarqué que, pendant la période d'état de l'accès oculogyre, la malade accusait un syndrome d'hallucinose qu'elle décrivait comme suit : « Un brouillard bleuâtre noie
« tous les objets, je ne distingue plus rien que des millions de ser-
« pents bleuâtres, d'un bleu céleste, qui s'entrecroisent, s'enlacent et
« vibrent dans l'espace devant moi ; j'en vois partout..., ces serpents
« ondulent avec une grande rapidité, ils m'empêchent de voir quoi
« que ce soit..., et dans les moments où la douleur se relâche, les
« vibrations bleues disparaissent, les objets remontent à la surface
« de la brume, puis tout se noie à nouveau ; avec un certain effort,
« il m'est cependant possible de distinguer vaguement la forme des
« objets, mais... ».

(1) Travail de la Section Neurologique de l'Hôpital de Stuyvenbergh et du Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Institut Bunge.

En même temps elle présentait une attitude très particulière du corps.

L'attitude de la malade au paroxysme de la crise oculaire est typique : hyper-extension marquée de la tête et du tronc, latéropulsion gauche, rotation de la tête dans un sens anti-horaire, rotation du tronc dans le sens de la rotation céphalique ; les yeux sont révoltés à gauche et en haut. Les membres sont pendants, mais plus raides.

Les yeux, la tête, le tronc, parfois les membres, semblent subir une corrélation étroite dans leur enroulement autour de l'axe et l'attitude entière répond à une seule phase posturale. Déplace-t-on le malade en bloc, les yeux restent fixés corrélativement à l'enroulement du corps, et il en est ainsi même dans la position couchée.

La crise oculogyre réalise alors une véritable déviation homonyme à la torsion et dont le sens ne peut être renversé isolément.

L'accès oculogyre, comme nous l'avons exposé ailleurs, n'est pour nous qu'un fragment d'une vaste perturbation du tonus d'attitude. La perturbation de l'appareil oculostatique n'est, à notre avis, qu'une des composantes les plus frappantes parce que la plus théâtrale du paroxysme dystonique, les manifestations des membres et du tronc pouvant, suivant le cas, demeurer à l'état d'esquisse, et la rotation axiale étant particulièrement nette dans les crises oculogyres latérales. L'interaction du phénomène tonique et visuel est d'ailleurs réversible, puisque la fatigue de la vue par des objets brillants et bleus est susceptible, comme dans le cas d'Aubertin et Verger, de déclencher le paroxysme tonique. L'accès ainsi déclenché s'accompagnait d'une modification très particulière du régime de la conscience dont ce n'est pas ici l'endroit de discuter, mais qui s'apparente aux états hystéro-épileptiques et d'autre part aux états d'amputation traumatique du modèle postural.

Ceci dit, voici une observation nouvelle, en dehors de l'encéphalite, et plus complexe, mais qui permet de pénétrer plus profondément dans certains mécanismes physiopathologiques et de la gnosie somatique et de l'hallucinoïse visuelle. Nous tenons à remercier particulièrement notre collègue Diegerick et Fierens à qui nous devons d'avoir pu faire une observation prolongée de ce cas remarquable.

Mme L... est âgée de 67 ans. Elle présente depuis l'âge de 41 ans un diabète léger qui ne l'a pas empêchée par ailleurs de vivre une vie complètement normale jusqu'il y a cinq ans. Depuis l'âge de 62 ans elle a maigri de 4-5 kilos, elle se plaint assez fréquemment de céphalées, d'éblouissements et de périodes de soif intense. En 1931, la glycémie

était de 1 gr. 87, avec une glycosurie de 31 0/0 sans régime. Elle a suivi à cette époque un traitement insulinique qui a d'ailleurs été abandonné ainsi que tout régime depuis mai 1931.

Evolution de l'affection actuelle : Le 18 mai 1932, à 10 h. du matin, elle devint brusquement agitée et se met à pousser des cris d'énervement, quand l'entourage lui demande la raison de son affolement, elle dit que déjà depuis quelques minutes, elle ne voit plus que la moitié de son petit chien, que les fenêtres de sa chambre à coucher viennent en quelques instants de se rapetisser, que son entourage même est devenu tout petit. Sa fille Alice qui se trouve à un mètre d'elle n'est pas plus grande qu'un timbre-poste, elle a sur la cheminée de sa chambre à coucher une divinité bouddhique, en bronze ayant une belle patine foncée. Ce bouddha est devenu lui aussi minuscule, il a perdu sa splendide couleur, il est noir, comme enfumé, et semble disloqué.

Au bout de quelques instants d'affolement elle reconnaît qu'il n'en est rien, qu'elle n'est pas démente, mais elle ne comprend rien au rapetissement de tous les objets et de ses propres filles et femme de chambre. Nous avons pu l'examiner encore deux heures après cet incident.

Premier examen : Elle est complètement désorientée dans sa chambre et les yeux fermés ne parvient pas à situer les objets de mémoire. Quand elle ouvre les yeux, on a l'impression que le regard se fixe continuellement à gauche comme si le centre du champ visuel se trouvait déjeté de ce côté. Elle nous raconte à nouveau que la dimension de tout ce qui l'entoure est réduite à une taille ridiculement petite. Moi-même, je ne suis pas plus haut qu'un porte-mine. Le médecin de famille est à peine plus haut d'un ou deux millimètres, d'ailleurs, nous sommes comme son bouddha, disloqués. Elle nous répond que ses propres jambes et ses pieds ont conservé leur grandeur habituelle, mais qu'elle n'oserait pas essayer se pencher par la fenêtre de peur d'écraser sa tête contre l'encadrement grand comme une photographie d'album. Elle a cependant la notion de l'irréalité de ces visions microscopiques. Il est impossible de savoir s'il y a hémianopsie ou non, la patiente ne fixe rien. Elle refuse d'écrire son nom, le papier étant trop petit, d'ailleurs elle dit qu'elle ne voit pas la pointe du crayon. Elle parvient à se calmer cependant et on lui administre une dose conséquente de chloral.

Deuxième examen : Nous la revoyons le soir à 6 heures. Elle s'est réveillée à 4 heures, plus agitée, elle accuse des visions bizarres qu'elle situe dans la moitié gauche de sa chambre. Toute cette moitié gauche est bondée « par des milliards de kilos de bacilles lumineux, de lucioles, de microbes brillants dont un grouillement perpétuel se déclanche sur un fond sombre. Ces milliards de points phosphorescents se déroulent comme des vagues de gauche à droite et submergent comme une marée brillante et opaque tous les objets situés dans

cette moitié gauche ». Elle interroge sa fille et l'infirmière sur ce qui se passe vers sa gauche, et dit qu'elle est épuisée par la vitesse avec laquelle ces milliards de lumières voguent vers la gauche. Il n'est plus possible de savoir si les objets dans la moitié droite sont revenus à leur taille normale, mais dans la moitié gauche la micropsie persiste avec la déformation.

Quand nous nous plaçons à droite de la malade, elle ne nous voit pas, elle nous entend, nous parle mais fixe les yeux à gauche. A l'ordre, elle tourne la tête et le regard à droite mais ne peut pas les y maintenir. Les yeux et la face sont invariablement attirés par les photopsies. Elle tend à tourner la tête dans le sens du déroulement des impressions lumineuses. Quand nous attirons fortement son attention et que nous nous plaçons dans le champ de son regard à gauche, elle distingue notre personne, décrit nos vêtements, mais ceux-ci sont sales et sombres, au bout de quelques instants nous sommes submergés par les vagues étincelantes.

Par moments, elle se tourne spontanément à droite, se met à parler alors à des personnes qu'elle connaît, qui lui sont chères, mais qui ne sont pas présentes. Le monologue est de courte durée, et quand on lui fait remarquer que la personne à laquelle elle s'adresse n'est pas là, elle répond distinctement : « Ah ! oui, c'est vrai. » Quand on lui demande pourquoi elle les nomme, elle répond : « Je voudrais qu'ils soient ici près de moi ». La nuit du 18-19 est très agitée malgré le chloral.

Troisième examen le 10-5-1932 : Au point de vue organique : glycosurie 23 0/0, glycémie 1,83, forte acétonémie, pression artérielle 25/10. Céphalée.

Elle présente pour la première fois des mouvements de torsion de la tête et des yeux vers la gauche, introduits par un déplacement forcé des globes oculaires à gauche et en haut.

Les globes oculaires sont pendant tout ce temps animés d'un léger mouvement nystagmique horizontal qui est plutôt un clonus oculaire des globes qu'un vrai nystagmus.

Les accès de torsion sont introduits par un renforcement intense des photopsies brillantes dans l'hémi-champ gauche.

Fond d'œil normal.

Les réflexes sont abolis à gauche, le rotulien droit est faible, l'achilléen est aboli.

Dans la marche à yeux fermés, déviation intense à gauche et parfois chute en masse.

Dans l'épreuve de l'indication, le doigt dépasse vers la droite et tombe, l'épreuve est très nette pour le membre supérieur droit.

Les micropsies ont disparu complètement.

On a l'impression que la malade est hémianopsique à gauche.

Le 20-5-1932, la situation n'a guère changé.

La glycémie est de 3,09. La glycosurie de 60 0/00. Acétonémie modérée.

Les attaques de déviation oculaire se multiplient : elles se produisent à raison de 15-20 par heure. Elles ne s'accompagnent pas d'inconscience, mais d'une inhibition qui rappelle exactement l'état d'obnubilation des patients présentant des accès oculogyres.

Hémiparésie faciale gauche du type central.

Déviation de la marche à gauche.

Les épreuves d'indications sont encore perturbées à gauche et elles s'accompagnent d'une asymétrie manifeste des attitudes dans les positions des épreuves de Rossi.

Cette asymétrie des membres gauches est tellement grossière qu'on peut se demander s'il n'y a pas une grosse déficience de la sensibilité profonde.

En réalité, elle localise assez bien les positions, les déplacements segmentaires extrêmes, mais la discrimination exacte de l'attitude des petits segments est très compromise.

Elle ne distingue pas sa droite de sa gauche et l'épreuve de l'imitation n'est pas réalisable.

Quand on lui fait exécuter certains ordres de la main gauche, par exemple faire un pied-de-nez, elle le fait des deux mains, le salut militaire est fait des deux mains, le poing est montré des deux côtés.

Le 21-5-32, les attaques de déviation oculaire sont moins nombreuses, mais beaucoup plus longues et elles s'accompagnent de mouvements bizarres du corps que le personnel de la clinique note comme suit : il y a d'abord hyperextension de la tête en arrière, puis élévation du menton, l'épaule droite est portée en avant, le bras gauche se fléchit peu à peu, se place, finalement, en hyperpronation marquée. Le corps se raidit encore et il est à la fin, également, en hyperextension.

Pendant l'apparition des premières secousses oculaires, les milliards de bacilles se mettent à pleuvoir vers la gauche, puis petit à petit tout devient noir.

En dehors des accès, plus de photopsies.

La fin de l'attaque coïncide avec une reprise immédiate de la conscience. Il n'y a pas d'amnésie.

Quatrième examen le 22-5-1932.

Glycémie, 2,83 0/00 ; glycosurie, 27 0/00.

Les attaques oculaires se répètent environ tous les quarts d'heures. Nous avons assisté, avec nos confrères Diegerick et Fierens à une crise typique d'enroulement du corps autour de l'axe longitudinal et très particulière dont voici le protocole exact.

La malade est debout, nous cherchions la présence d'un signe de Römberg. Tout-à-coup, les globes oculaires se fixent vers la gauche et la malade signale une déformation en largeur d'abord, puis en hauteur, de toute la pièce d'ameublement. Petit à petit, la vision

devient floue, et elle reconnaît, dans le brouillard lumineux habituel, de multiples garçons de café offrant des plateaux chargés d'objets brillants, indéfinissables. Ces garçons de café sont remplacés, peu après, par des officiers, puis la malade ne dit plus rien. Sa coloration change ; elle pâlit et le pouls ne s'est pas ralenti. Lentement s'esquisse un mouvement de torsion de la tête vers la gauche, l'épaule droite se soulève, le bras droit se place d'abord en demi-flexion, puis le tronc subit une torsion lente sur le bassin, la jambe est étendue, elle fait un mouvement de circumduction et la torsion est presque terminée. Comme pendant la torsion, l'axe du corps s'est déjeté, nous relevons la malade par crainte qu'elle ne tombe, elle fait un mouvement de manège, puis tourne encore six fois sur elle-même.

Les cercles décrits pendant la torsion deviennent de plus en plus grands, de même que l'inclinaison en arrière est plus grande ; à la fin, force est de la soutenir et de la reporter sur son lit.

Alitée, le mouvement d'enroulement n'est pas arrêté, il se traduit simplement par une extension-adduction-rotation interne de la jambe droite, par une demi-flexion et pronation du membre supérieur.

La pâleur se dissipe peu à peu. La malade parvient à répondre à nos questions. Nous ne l'avons pas interrogée à ce moment de peur de la suggestionner, mais avons chargé sa fille Alice qui la surveille de l'interroger sur le contenu des hallucinations qu'elle présente pendant la torsion axiale.

Les visions qu'elle enregistre pendant la « période distincte » de l'accès sont assez différentes et cependant elles ont en commun des caractères sur lesquels nous reviendrons. Elle voit souvent des garçons de café, des grooms habillés de couleurs vives, portant des plateaux chargés d'objets luisants, des officiers (pas des soldats), des bêtes diverses, surtout crapauds, lézards, crocodiles, pélicans, des enfants circulent avec des jouets, des femmes qui font une quête et portent en main un tronc aux couleurs vives, des petits serpents qui se dressent et se lèvent de terre comme charmés.

Par moment, les visions deviennent floues et ternes, les animaux et les hommes ne sont plus représentés que par des silhouettes.

Vers la fin de l'accès, les images redeviennent plus vives et petit à petit les objets réels transparaissent à travers le voile brillant.

A une seule reprise, l'accès de déviation oculaire avec torsion axiale survient dans le cours d'une conversation et pendant la première partie de l'accès, la malade continue à répéter à voix de plus en plus basse, comme une palilalique : « Oh ! mais oui... Oh ! mais oui... », qui étaient les derniers mots qu'elle venait de répondre à sa fille.

Pendant les jours suivants, du 22 au 27, les déformations des meubles et de personnes de l'entourage s'observent encore, mais elles ne s'observent plus que dans certaines directions de regard. C'est quand

les objets sont situés dans la moitié gauche du champ visuel et surtout quand ils se déplacent que le sentiment de grossissement et d'amincissement est le plus caractéristique. Ces déformations d'objets et de personnes ne s'observent d'ailleurs que dans la chambre, on ne les retrouve pas quand la malade se promène au jardin.

A plusieurs reprises, la malade avait comme l'impression d'avoir des lunettes qui ne lui convenaient pas, ou d'avoir la vision barrée par une mèche de cheveux couvrant l'œil.

Aux accès oculaires gauches succèdent de temps à autre des accès oculaires avec déviation de la face et de la tête vers la droite. Les globes étant accrochés en bas et en dehors.

Le second accès, à droite, est le plus souvent séparé du premier par un court intervalle de temps libre.

Pas de troubles sensitifs à gauche.

Cinquième examen le 10-6-1932.

Les accès de déviation oculaire et de rotation axiale ont disparu. Le malade a encore de temps à autre une période d'hallucinoïse, elle a le sentiment que des ombres franchissent la porte, disparaissent en s'asseyant à côté d'elle, à sa gauche. Cette ombre est parfois remplacée par une vieille femme qui essaye de venir s'asseoir à côté d'elle sur une chaise demeurée libre. « Elle me ressemble comme une sœur et se tait. » Les réflexes sont redevenus égaux et normaux des deux côtés. Hémianopsie gauche.

Pas de troubles cérébelleux, ni sensitifs.

Les troubles voisins de l'anosognosie ont disparu également.

Glycémie, 1,22 ; glycosurie, 9 0/00.

En résumé : chez cette diabétique âgée, nous voyons survenir brusquement un *état d'agitation psychomotrice avec hémianopsie, métamorphopsies, micropsies, désorientation dans l'espace*. Le lendemain de ce premier accès, conditionné vraisemblablement par un état d'acidose, elle présente encore des *crises de torsion autour de l'axe longitudinal du corps, amorcées par des photopsies amorphes ou figurées, accompagnées d'une diminution de conscience puisqu'elle s'adresse à ces êtres imaginaires, et de troubles psychomoteurs spéciaux*. Dans les jours qui suivent, ces accès d'enroulement sont d'une fréquence inaccoutumée et s'accompagnent d'*hallucinoses symboliques*, pour disparaître au moment où les troubles de glycorégulation s'atténuent. Nous n'étudierons ici que le groupe de symptômes psychomoteurs spéciaux, signalés dans l'observation, dans ses rapports avec la rotation axiale d'une part et les phénomènes excitovisuels d'autre part.

Tout d'abord, ces troubles psycho-moteurs transitoires doivent

être définis plus étroitement. *Le trouble essentiel* observé chez Mme L... *est une incapacité de distinguer la droite et la gauche de son propre corps*. Il s'accompagne de troubles de la sensibilité d'attitude des petits segments et d'un trouble praxique de toute la moitié gauche du corps, se traduisant par des asymétries d'attitude grossières. Cette perte de contrôle sur les membres gauches se traduit encore par la tendance à réaliser symétriquement les gestes intransitifs ordinaires des épreuves d'apraxie.

Le trouble d'apraxie ne se vérifie qu'au moment où on lui impose un choix de latéralité ; il est camouflé dans l'action spontanée ou instinctive, ou tout au moins n'y transparait que si, après suppression du contrôle visuel, on la soumet à des épreuves d'attitude exigeant précisément un choix dans sa spatialité proprioceptive. La *tendance à l'action symétrique* est, comme nous l'avons vu plus haut, un fait régulier dans les troubles du modèle postural et elle existe ici d'une manière frappante. Pour ces deux raisons, nous croyons que, malgré l'absence d'une anosognosie classique, il existe cependant chez cette patiente un trouble du schéma corporel. Par ailleurs, la *crise de rotation autour de l'axe longitudinal s'accompagne de phénomènes visuels hallucinatoires*, indéniables et variés. Les photopsies lumineuses avec déplacement rapide de gauche à droite au début de l'accès sont à rapprocher des photopsies mouvantes qu'on a décrit au cours des excitations vestibulaires, en particulier par Hoff (37). Ce dernier auteur a même introduit une discrimination dans leur origine suivant qu'elles se meuvent, pendant l'aura de l'accès, du centre à la périphérie, ou de la périphérie au centre du champ visuel. Celles-ci seraient dues à une irritation de la sphère visuelle elle-même ; celles-là à l'irritation de l'appareil vestibulaire. La déformation des objets aperçus (Schilder et Hoff) (38), les micro et macropsies, l'apparition des brouillards lumineux qui couvrent puis découvrent les objets situés dans le champ visuel, ont été signalés également par les auteurs viennois dans les affections vestibulaires. L'explication du phénomène reste malaisée et voici celle que propose Hoff : normalement, la région du gyrus angulaire exerce une action de compensation sur les afférences vestibulo-corticales par l'élaboration des mouvements oculostatiques appropriés. Elle filtre ou neutralise les stimuli vestibulaires, les empêche de pénétrer dans la sphère visuelle et d'y apporter des troubles. Quand l'appareil de compensation est lésé, les irritations vestibulaires bifurquent vers la région visuelle et aussi s'élabore le cortège des phantasmes que nous venons de voir. Or, cette même région assurerait d'après Pözl l'unité de notre

moi somatique. On entrevoit aussitôt pour quelle raison anatomo-physiologique, les deux phénomènes peuvent se trouver liés.

La sphère visuelle aurait ainsi à côté d'une fonction réceptive, surtout nette pendant l'état vigile, une fonction émissive pendant les états analogues à l'excitation épileptique ou pendant le sommeil. Les vagues ou les grands tapis d'étincelles, qui forment souvent le fond de l'aura épileptique visuelle, s'observent également dans l'excitation du cortex visuel (Foerster) et dans le rêve. Peu à peu, comme dans notre cas, les objets perçus s'estompent, le fond envahit tout le champ, le mécanisme est inversé à la fin de l'irritation (39). On peut donc admettre que l'imagerie déroulée ici, avec l'accès de déviation oculaire, résulte d'une dispersion d'irritations vestibulaires à la sphère visuelle ; ces irritations lui donnent non seulement naissance mais en déterminent encore la forme, la vitesse et la direction. Tous ceux qui ont étudié les crises oculogyres de l'encéphalite se rendront compte que cette donnée s'applique exactement à ces phénomènes : nous en avons fourni récemment, après d'autres, une élégante démonstration quasi expérimentale. Mais revenons maintenant à notre observation : *au fur et à mesure que les crises de rotation axiale deviennent plus complètes, l'imagerie visuelle prend un aspect plus symbolique.* Ce ne sont plus des milliards de bacilles lumineux se mouvant par ondes ou par vagues concentriques, mais des officiers, des enfants, des garçons de café dont le plateau est chargé d'objets brillants. On ne peut s'empêcher de penser au contenu classique des états oniriques.

Si l'on peut considérer les métamorphoses précédentes comme l'expression d'une perturbation vestibulaire, bifurquant sur la sphère visuelle dans des conditions de dérangement fonctionnel du pli courbe, nous croyons qu'on peut considérer cette hallucinose visuelle comme l'expression des perturbations de réflexes d'attitude, bifurquées sur le même appareil sensoriel, dans des conditions de dérangement fonctionnel plus grave de la même région.

La démonstration de cette proposition est malaisée, car les réflexes optiques d'attitude, si bien démontrés par Magnus chez l'animal sans labyrinthes, sont, chez l'homme, ou bien élémentaires ou bien camouflés par une série de mécanismes corticaux. Cependant, Schilder et Hoff ont vu chez un malade atteint d'une lésion vraisemblable des champs 18-19, le patient se tourner automatiquement vers une source lumineuse, par une rotation de 90° de tout le corps, le mouvement de rotation commençant

malgré les injonctions, au niveau de la tête. La sphère visuelle serait donc apte à déclancher des réflexes d'attitude. D'autre part, dans un autre cas de Hoff, les images hallucinosiques s'accompagnaient de rotation autour de l'axe et elles se déplaçaient dans le sens de celle-ci (cas I). Cette dernière éventualité se réalisait aussi dans un cas de Kauders (39). Toutes ces observations concernent des lésions de la région pariéto-occipitale. *Il est cependant impossible de démontrer que c'est comme nous le pensons, la rotation longitudinale qui amorce le déclenchement de l'imagerie visuelle par la voie d'une baisse dans le niveau de la conscience.* Il y aurait beaucoup à dire sur la qualité de cette dernière au cours des états de rotation axiale. Nous en avons donné un exemple ailleurs avec notre collègue Bouché (40), qu'il nous suffira de dire ici qu'il n'est pas exceptionnel dans l'aura, de surprendre des modifications psychiques induites avec ou par les modifications toniques. Quoi qu'il en soit, les perturbations du pli courbe peuvent s'accompagner en dehors des phénomènes de déficit du modèle postural, et de rotation axiale, de singulières irritations de la sphère visuelle. Cette coïncidence tient à des relations physiopathologiques qu'on ne fait encore qu'entrevoir.

V. Le sentiment du dédoublement de soi

Nous avons relevé, dans la période de décroissance des phénomènes d'hallucinose de l'observation précédente, ce fait très curieux qu'à plusieurs reprises la malade a cru voir une femme franchir la porte de sa chambre, disparaître en passant le long de son côté gauche, s'asseoir à côté d'elle à sa gauche.

Un autre jour, la femme est remplacée par une vieille femme « qui lui ressemble comme une sœur » et qui vient s'asseoir à côté d'elle en silence. L'image est toujours située à sa gauche. C'est-à-dire du côté où la sollicitent les réflexes de rotation axiale, le côté vers lequel l'attirent ses métamorphopsies. La constatation de cette ombre ou de cette compagne n'entraîne aucune inquiétude, c'est à peine si de temps à autre on voit la patiente se tourner dans cette direction et regarder attentivement si elle ne voit personne à sa gauche. L'existence d'un étranger en permanence à côté de soi, d'une sorte de double, qui partage le lit et les souffrances du malade a été observée encore, dans une autre circonstance, en dehors de toute lésion organique décelable, et nous voudrions rapporter cette observation en quelques lignes parce que nous la croyons plus fréquente qu'on ne le dit.

J. L..., 61 ans. Etat de cachexie avancé d'un cancer rectal avec métastase rachidienne.

Anémie assez prononcée. Globules rouges, 2.700.000 ; hémoglobine, 40 0/0 ; globules blancs, 16.100. Œdème marqué des deux membres inférieurs.

Depuis le début de son séjour dans notre service, le patient nous signale comme un phénomène particulièrement désagréable le sentiment que quelqu'un se trouve couché dans son lit, à gauche de lui, que le poids de cette personne l'opprime la nuit, que, d'ailleurs il a le sentiment qu'elle prend une grande place dans son lit.

Cette sensation est d'autant plus désagréable que le malade n'est pas confus, qu'il sait qu'il n'en est rien, et cependant, raconte-t-il, « chaque fois que la garde de nuit allume ma veilleuse, j'ai tendance à inspecter ma couche à ma gauche... », toujours du même côté.

« Parfois, quand je me réveille, en proie aux violents lancements dans la fesse et jambe droites, il m'arrive d'avoir pitié de ce quelqu'un qui est à côté de moi et qui doit souffrir la même douleur. C'est absurde. »

Ce sentiment de « quelqu'un à sa gauche » existe les derniers jours, même quand on l'assied dans son fauteuil. L'illusion est tenace jusqu'à la mort, avec cette différence que, dans les dernières heures, le malade confus se débat contre le voisin imaginaire. A l'autopsie, pas de lésions appréciables de l'encéphale en dehors d'une anémie secondaire.

Envahissement du bassin, des os iliaques et des vertèbres L1-L2 par une métastase d'un épithélioma vésical.

Ici, chez un malade affaibli, nous voyons survenir l'idée tenace d'un double assis ou couché à sa gauche et dans lequel il projette ses propres douleurs. Il a pitié de ce double et sa présence l'obsède. Il s'en accommode cependant tant qu'il reste conscient et ne se défend vis-à-vis de cette présence étrangère que dans la confusion pré-agonique.

Le fait que le malade prête à son double ses propres souffrances indique, sans doute, la relation profonde de cette ombre avec le contenu de son moi somatique. Le double n'est autre que la projection de son propre individu. Il a conservé avec le moi certaines connexions conscientes, liens fragiles et qui peuvent disparaître dès que l'auto-critique fléchit. La scission à ce moment se complète : le double se dépersonnalise. D'autre part, le malade ne prend une conscience nette de cette ombre que dans toutes les actions qui déplacent son propre corps et en particulier dans celles qui nécessitent l'appréciation de la position spatiale de ses membres. Les changements de position dans son lit, dans son

fauteuil, le déplacement de la jambe dont il souffre le plus, l'arrangement des coussins et des bols d'eau chaude au niveau de la région lombaire réveillent les préoccupations relatives à son double : une partie de ces mouvements intéressent à l'évidence le sentiment de sa spatialité proprioceptive.

Nous croirions volontiers que *le double n'est ici que la projection du modèle postural* — illusion étrange, tenace, parfois chargée de douleurs, rappelant en cela les membres-fantômes — et que *cette projection aboutit, à sa limite, à créer une personnalité indépendante du moi*. La littérature concernant ces phénomènes est peu nombreuse. Nous n'avons retrouvé dans les travaux à notre disposition qu'une belle observation de Engerth et Hoff (41) dont nous résumerons les données essentielles en ce qui concerne ce point. Il doit en exister une autre de Pötzl que nous n'avons pas lue dans l'original.

Ce patient, âgé de 71 ans, avait depuis 5-6 ans des attaques de vertiges avec sentiment de rotation des objets autour de lui, tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre sens. En même temps, il apercevait des étoiles devant les yeux, surtout dans la rotation de droite à gauche. Pas de perte de conscience. Un ictus s'accompagne de ce sentiment étrange, d'une impression de rigidité dans tout son côté gauche, d'hémianopsie avec hallucinations « cinématographiques » dans le champ atteint.

Ultérieurement, dans le champ hémianopsique, il aperçut des hommes, des morceaux d'hommes (la partie supérieure seulement), mais en grand nombre. Ces hommes avaient une démarche grotesque comme celle d'un ours danseur. Le mouvement désordonné que faisaient les individus imaginaires étaient ceux que le patient faisait lui-même quand il fit son ictus et qu'il poussait lui aussi les extrémités en avant pour se retrouver.

L'image hallucinatoire reproduit donc les attitudes du malade au moment même de son ictus, et ce malade ne s'est jamais aperçu de cette ressemblance, mais en outre il éprouve la présence d'être « constamment accompagné », partout où il va il a quelqu'un à sa gauche qui se serre tout près de lui et un peu en arrière. Son compagnon ne dépasse jamais la ligne médiane. Cette ombre ne l'effraye pas, « elle a quelque chose de familier... si c'était un homme je pourrais m'entendre avec lui ».

Au moment où le compagnon apparaît, le sentiment d'étrangeté de la partie gauche du corps disparaît. Au moment où il regarde son ombre, elle s'évanouit. Les mouvements de la moitié gauche du corps ne la font pas disparaître. Elle a quelque chose d'irréel

et n'apparaît que pendant la marche, particulièrement dans un endroit peu éclairé, qu'il y ait des gens ou non.

L'observation de Engerth confirme ce que nous avons avancé plus haut sur les rapports du double avec le schéma postural, mais elle montre encore que l'image, dédoublée après avoir été projetée au dehors, peut être perçue sous une autre forme que la présence étrangère, subjective et assez imprécise que ressentait notre malade. Le malade de Engerth voit en hallucination dans son champ hémianopsique, sa propre image au moment de son ictus et ne la reconnaît pas. Notre patiente G... L... voit venir vers elle une malade qui lui ressemble comme une sœur et ne la reconnaît pas plus. Dans les deux cas, ces hallucinations symboliques se déplacent dans le sens des photopsies amorphes.

Le modèle postural projeté en dehors peut perdre tout contact avec le moi dont il est né, être perçu sous forme d'une image visuelle hallucinatoire. Ce portrait de soi n'est pas reconnu comme tel : le sens de son déplacement, sa localisation dans le champ hémianopsique indiquent seuls les liens physiopathologiques qui le rattachent au sujet.

VI. Vers la dépersonnalisation

Nous avons souligné à plusieurs reprises, dans les observations précédentes, le sentiment étrange qu'éprouve le sujet à l'égard de son propre corps. Dans les phénomènes qui font l'objet du paragraphe précédent, ce sentiment de l'étrange va jusqu'à la dissociation du fantôme et du sujet qui l'a émis, au point qu'il le regarde comme une présence étrangère. Nous touchons ici au problème même de la dépersonnalisation. Dans l'immense majorité des cas, on convient que ce sentiment d'étrangeté qu'éprouve l'individu dépersonnalisé n'est pas seulement ressenti à l'égard de son moi, mais à l'égard du monde ambiant, le restant de la conscience ayant conservé une certaine clarté, variable suivant les cas.

Le sentiment d'étrangeté, de dépossession de certaines parties du corps est un symptôme courant dans les états hypocondriaques et il y a longtemps qu'il a retenu l'attention des psychiatres. Il revient à Ehrenwald d'avoir montré qu'entre ces faits de dépossession et les dépersonnalisations segmentaires observées au cours d'affections non-névropathiques, il y a une étroite analogie. Les deux exemples d'Ehrenwald suivants illustrent parfaitement cette thèse.

OBS. 1. — Chez une fille de 28 ans se développe une hémiplégie par tumeur cérébrale. Elle nie sa menstruation, ne reconnaît pas les linges sanglants comme les siens, ignore d'où viennent les taches dans ses draps. Pas d'autres troubles mentaux, ultérieurement, elle développe des idées de négation : tout son corps est pourri, et plus tard elle déclare que son corps a disparu entièrement.

OBS. 2. — Chez une femme de 33 ans se développe une hémiplégie gauche : elle aussi nie sa menstruation, se comporte puérilement et ne parle d'elle-même qu'à la troisième personne.

Ces deux cas sont d'un intérêt théorique considérable : l'anosognosie à l'égard de la fonction menstruelle conduit, chez la première, à une dépersonnalisation réelle ; chez la seconde, à une perte isolée du sentiment du moi. Elles montrent toutes les deux qu'une dépersonnalisation « segmentaire » peut ultérieurement compromettre, à une échelle psychologique beaucoup plus haute, le sentiment de notre personnalité, quelle que soit notre ignorance concernant le mécanisme de cette infiltration.

Mais on peut également considérer les faits du point de vue opposé, et se demander si l'anosognosie elle-même n'est pas un cas neurologique particulier de dépersonnalisation. Dans les deux cas princes de Pötzl, cet auteur avait noté que ce malade était alternativement anosognosique ou qu'il avait un sentiment étrange de son côté gauche, comme s'il lui était étranger. Nous avons nous-même, dans les cas d'anosognosie douloureuse, souligné les comparaisons étranges qu'emploient ces sujets pour parler de leurs membres. On pourrait admettre, avec Ehrenwald, que l'anosognosie est l'affirmation de ce sentiment de non-reconnaissance, la dépersonnalisation n'en étant que l'expression hypothétique. Le rapprochement des faits est néanmoins intéressant et, n'était-ce le contexte, les affirmations d'un anosognosique sur ses membres étrangement changés, diffèrent à peine de celles d'un malade qui se plaint qu'on ait abîmé ses organes viscéraux ou qu'il a perdu son corps. On est frappé en outre du caractère hypocondriaque qui accompagne dès le début les phénomènes d'anosognosie douloureuse, de telle sorte que la cristallisation d'un système délirant du même type, autour de ce noyau, est presque fatale. Entre la naissance du double que notre malade G... L... voit entrer et qui lui « ressemble comme une sœur » et les faits rapportés par certains malades qui affirment qu'ils ont été privés de leur personne somatique et qu'ils ont changé d'identité, qui décrivent leur propre individu sans le reconnaître, il y a une analogie non moins profonde.

Les deux observations d'Ehrenwald montrent encore un second fait de grande valeur pour les psychiatres : *l'incident organique qui exclut brutalement la reconnaissance de la fonction menstruelle comme sienne, entraîne secondairement, dans l'état mental du sujet, une modification qui aboutit à une dépersonnalisation plus profonde* : les deux malades nient leur existence somatique. Cette négation est l'extrême (et un extrême affirmatif) de l'indifférence de l'anosognosique de Babinski, mais c'est au même titre : un refoulement. Tous ces patients se détournent de leur personnalité somatique avec une nuance affective différente, mais qualitativement identique, et qu'on pourrait appeler, avec Ehrenwald, hystériforme.

L'intérêt doctrinal de cette dernière série de faits réside dans la naissance d'une réaction du type psychopathologique le plus caractérisé, autour d'une fissure neurologique localisée aux secteurs pariétaux. La fissure est ici grossière, elle est encore visible même quand le tableau psychopathologique a envahi la scène. Elle peut être inapparente. Les intoxications expérimentales de la série mescalinique en offrent un exemple attachant ; certains délires d'apparence schizophrénique de l'encéphalite épidémique en sont un autre témoignage, déjà plus complexe.

BIBLIOGRAPHIE

1. GUENIOT. — D'une hallucination du toucher particulier à certains amputés. *J. de Physiol.*, 1861, cité par Charcot.
2. WEIR-MITCHELL. — *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*, 1874.
3. CHARCOT. — *Leçons du Mardi*, 1892, t. I.
4. MAYER-GROSS. — Ein Fall v. Phantomarm nach Plexuszerreissung. *Nervenarzt*, 3, 1929.
5. EHRENWALD U. KÖNIGSTERN. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 44, 1929.
6. H. PINEAS. — Ein Fall von phantomähnlichen Erscheinungen bei hémipleg. Lähmung. *Nervenarzt*, p. 233, 1930.
7. SCHILDER. — *Das Körperschema*. J. Springer, Berlin, 1923.
8. EHRENWALD. — Ueber Zentrale Schmerzen u. i. Bekämpfung. *Nervenarzt*, 137, 1930.
9. LUDO VAN BOGAERT. — Sur les états hallucinatoires au cours des crises oculogyres de l'Encéphalite épidémique. *Arch. Suisse Neurol. Psych.*, XXXII, 2, 1933.
10. F. G. V. STOCKERT. — Lokalisation u. klin. Differenzierung des Symptoms der Nichtwahrnehmung einer Körperhälfte. *D. Z. f. Nervenheilk.*, 134, 1, 1934.
11. ANTON. — Ueber Selbstwahrnehmung der Herderkr. des Gehirns bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. *Arch. f. Psych.*, vol. 32, 1898.
12. BABINSKI. — Contrib. à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie organique cérébrale (Anosognosie). *Rev. Neurol.*, 1, p. 845, 1914.

13. J. BABINSKI. — Sur l'anosognosie. *Rev. Neur.*, II, p. 365, 1918.
14. P. MARIE. — Discussion J. B. *Rev. Neur.*, II, p. 366, 1918.
15. BARRÉ, MORIN et KAISER. — Etude clinique d'un nouveau cas d'anosognosie de Babinski. *Rev. Neur.*, I, p. 500, 1923.
16. J. BABINSKI. — Sur l'anosognosie. *Rev. Neur.*, I, p. 731, 1923.
17. REDLICH et BONVICINI. — Ueber das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit. *Jahrb. Psych. u. Neurol.*, 1908. *Neurol. Zblatt.*, 30, 1911.
18. HEAD and HOLMES. — Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34, 220, 1911.
19. HEAD and HOLMES. — *Brain*, 16, 110, 1893.
20. O. PÖTZL. — Herdenscheln. bei Lesion der linkeren unteren Scheitellappen. *Med. Klinik.*, 19, p. 17, 1923.
21. O. PÖTZL. — *Die optisch-agnostische Störungen*. Vienne, 1928.
22. O. PÖTZL. — Ueber die Bedeutung der Interparietalregion innerhalb des Gehirns. *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 659, 1925.
23. ZINGERLE. — Klin. Sud. über Haltungen und Stellreflexen. *Journ. f. Psych. u. Neur.*, 31. *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 105, 548.
24. KRAMER. — Alloesthesie und Fehlenwahrnehmung der gelähmten Korperhälfte. *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, II, 374, 1915.
25. PICK. — Ueber Störungen der Orientierung am eigenen Körper. *Arb. d. Klin. Univ.*, Prag., 1908, S. Karger, Berlin.
26. PICK. — Störungen der Orientierung an eigenen Körper. *Psychol. Forschung*, I, 1922.
27. LHERMITTE, Gabrielle LÉVY et KYRIACO. — Les perturbations de la représentation spatiale chez les apraxiques. *Rev. Neur.*, II, 586, 1925.
28. LHERMITTE, DE MASSARY et KYRIACO. — Le rôle de la pensée spatiale dans l'apraxie. *Rev. Neur.*, II, 895, 1928.
29. LHERMITTE et TRELLES. — Sur l'aphasie pure constructive. *Encéphale*, V, 28, p. 413, 1933.
30. Pierre MARIE et FOIX. — Les aphasies de guerre. *Rev. Neur.*, 1917.
31. Pierre MARIE et FOIX. — Les phénomènes apraxiques avec lésion pariéto-temporale gauche. *Rev. Neur.*, janvier 1914.
32. Ch. FOIX. — Contribution à l'étude de l'apraxie idéomotrice. *Rev. Neur.*, p. 283, 1916.
33. MORLAAS. — *Contribution à l'étude de l'apraxie*. Legrand édit., Paris, 1928.
34. SCHILDER. — Localisation of Body Image. *Assoc. f. Res. in Nerv. Ment. Dis.*, vol. 13, p. 466.
35. R. DELBEKE et L. VAN BOGAERT. — Contagion des crises oculogyres chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. *Journ. Belge Neur. et Psych.*, p. 269, 1926.
36. HOFF. — *Zentrale Abstimmung der Sehsphäre*. Karger, Berlin, n° 83, 1930.
37. HOFF u. SCHILDER. — *Lagereflexe der Menschen*. Vienne, 1927.
38. SCHILDER. — Ueber Gleichgewichtstör. *Med. Klin.*, 1927, 6, 189.
39. BOUCHÉ et VAN BOGAERT (à paraître *Rev. Neurol.*).
40. ENGERTH et HOFF. — *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 74, 1929.
41. KAUDERS. — Drehbewegungen u. d. Korperlangachse, halluz. i. hemianop. Gesichtsfeld. *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, vol. 98, 1925,

A PROPOS D'UN CAS ANATOMO-CLINIQUE DE MALADIE DE FRIEDREICH AVEC TROUBLES MENTAUX (1)

*(Les lésions cérébelleuses dans la maladie de Friedreich.
Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux)*

PAR

J.-O. TRELLES.

Les cas anatomo-cliniques de maladie de Friedreich ne sont pas rares, aussi les études qui lui ont été consacrées sont-elles nombreuses, et beaucoup sont signées d'histopathologistes éminents. Il semblerait donc que tout ait été dit et écrit sur la question. En réalité, lorsqu'on examine les choses de près, il n'en est rien, surtout en ce qui concerne les lésions cérébelleuses. Cela est dû probablement à la variété des cas, mais aussi aux techniques employées pour déceler les altérations. Il est indiscutable, actuellement, que celles-ci ne peuvent être appréciées qualitativement et quantitativement dans certains organes, tels le cervelet ou les olives bulbaires, qu'en employant des méthodes d'imprégnation.

Ces considérations justifient notre travail. D'une part, tous les segments du système nerveux, en particulier le cervelet, ont été examinés à l'aide des techniques modernes, et d'autre part, la chance a voulu que le cas fût particulièrement favorable par la netteté et la diversité des lésions cérébelleuses.

En plus de l'intérêt anatomique, ce cas, qui s'accompagne de troubles mentaux, présente donc un intérêt neuro-psychiatrique.

(1) Ce mémoire a été couronné par la Société Médico-psychologique (Prix Trénel, 1934).

Outre la question des troubles psychiques dans la maladie de Friedreich, il pose le problème des atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux dont s'est particulièrement occupé M. Van Bogaert.

Observation résumée (1)

Ad. Jul..., âgée de 41 ans, est placée à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

Mlle Ad. J..., hospitalisée à l'hospice Paul Brousse, est atteinte de troubles mentaux caractérisés par une agitation incoordonnée, cris, insomnie, persistance, quelques idées délirantes à type de persécution. De plus la malade est atteinte de maladie de Friedreich. En conséquence, j'estime que, dangereuse pour elle-même et pour les autres, elle doit être hospitalisée dans un établissement soumis à la loi de 1838. — Villejuif, le 8 janvier 1929. Signé : J. de Massary.

Certificat immédiat. — 20 janvier 1929. Est atteinte de quadriplégie par maladie de Friedreich. Idées de persécution confuses. Alitée. A maintenir. — Asile Sainte-Anne. Signé : D^r Marie.

Certificat de quinzaine. — Maladie de Friedreich. Troubles du caractère. Colères. Cris qui troublent le repos des malades. Résistance aux soins. A maintenir. — Asile Sainte-Anne. Signé : D^r Trénel.

Les antécédents familiaux n'offrent rien à signaler, car la malade est fille unique et la mère est morte jeune. Quatre oncles et tantes maternels ne sont pas atteints de l'affection.

Les antécédents personnels sont typiques : Naissance et première enfance normales. Vers 6 ans cypho-scoliose traitée et début très lent de troubles de l'équilibre qui n'apparaissent réellement nets que vers 17 ans, époque à laquelle la maladie s'installe pour réaliser progressivement le tableau classique au complet de la *maladie de Friedreich*, qui motive son admission à l'Hospice d'Ivry. Elle y est examinée par M. Charles Foix en 1926, lequel constate une forme quadriplégique typique de maladie de Friedreich, avec troubles cérébelleux, pyramidaux, sensitifs (profonds), trophiques (2) (pied-bot, cypho-sclérose) et psychiques. Ceux-ci : irritabilité, colères, tendance à l'interprétation, agitation, la rendent insupportable dans le service où elle est détestée

(1) La pièce qui fait l'objet de ce travail provient du service de M. Trénel. Il voulut bien la remettre à M. Lhermitte qui suivait la malade depuis longtemps. Avec MM. Lhermitte et Mollaret nous étudions, dans un travail qui paraîtra dans la *Revue Neurologique*, l'aspect neuro-pathologique de ce cas. Ici nous n'envisagerons que la question des lésions cérébelleuses et les troubles mentaux. L'observation détaillée paraîtra dans le travail auquel nous faisons allusion plus haut.

(2) Cette malade aurait présenté, en outre, un épisode aigu, bref, de diabète vrai avec acétonémie, nécessitant une cure insulinique, faite à Ivry (conf. Mollaret, *Thèse de Paris*, 1929, page).

par toutes ses voisines, et motivent enfin un premier internement, avec le certificat suivant :

Première entrée. — Je soussigné, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hospice d'Ivry, certifie que Mlle Ad. J., 41 ans, atteinte de maladie de Friedreich, présente un état d'excitation psychique et motrice caractérisé par des vociférations, des menaces qui troublent le repos des autres malades de la salle et qui nécessitent son placement dans un service spécial. — 6 juin 1928. Charles Foix.

Certificat immédiat. — Asile Sainte-Anne, 7 juin 1928. Est atteinte d'excitation confuse, quadriplégie du type Heine-Médin (alitée). A maintenir. — Signé : Dr Marie.

La malade est placée à Vaucluse, d'où sa famille la retire pour la faire admettre à l'Hospice Paul Brousse, dans le service de M. Lhermitte. Mais en raison des troubles mentaux et du caractère qu'elle présente, on n'y peut la maintenir et on doit la placer à l'asile.

La malade reste dans le service de M. Trénel pendant 21 mois. Le tableau neurologique ne fait que s'accroître. Elle ne se prêtait jamais volontiers à l'examen, ne répondait pas aux questions ou bien insultait avec véhémence et hostilité. « Laissez-moi, vous ne comprendrez rien à ma maladie, éloignez-vous, sinon je vous donne un coup de poing. » Si on insistait, la réponse était généralement : « je ne te répondrai pas ; d'ailleurs je suis sourde (faux), je n'entends rien. Vous n'êtes tous que des propres à rien, m'envoyer chez les fous sans examen ! » Puis ironise : « Il est chouette, ton rapport. Tu peux écrire ce que tu voudras ! »

M. Trénel notait encore, qu'autant qu'on pouvait s'en rendre compte, le fonds mental était touché, l'autocritique diminuée, qu'il y avait donc un affaiblissement intellectuel net ; mais ce qui frappait chez la malade, étaient ses troubles du caractère, ses colères violentes, son irritabilité extrême. Elle énonçait parfois des idées de persécution : on lui en voulait, ses voisines la détestaient, etc., mais ces idées délirantes n'avaient pas de systématisation cohérente. Signalons enfin que dans les derniers mois, elle accusait une baisse de l'acuité visuelle et se plaignait de ne plus voir très bien.

Décès le 19 octobre 1930, par maladie intercurrente aiguë.

La nécropsie a été pratiquée, après formolage in-situ des centres nerveux, par M. Trénel lui-même. Rien dans le protocole d'autopsie, qu'il avait bien voulu nous communiquer, n'est à signaler ici.



Examen macroscopique des centres nerveux. — Il n'y a aucune lésion vasculaire ni méningée apparente. La pie-mère n'est pas altérée et se détache facilement de la surface cérébrale.

La masse encéphalo-médullaire apparaît réduite de volume, cette atrophie est surtout marquée et apparente au niveau du cervelet, du

bulbe et de la moëlle qui, au niveau de la région dorsale, est très mince, filiforme.

Après coupe Flechsig, on ne relève aucune lésion de la substance blanche centrale ni des noyaux gris. Les ventricules ne sont pas distendus, leurs parois sont normales.

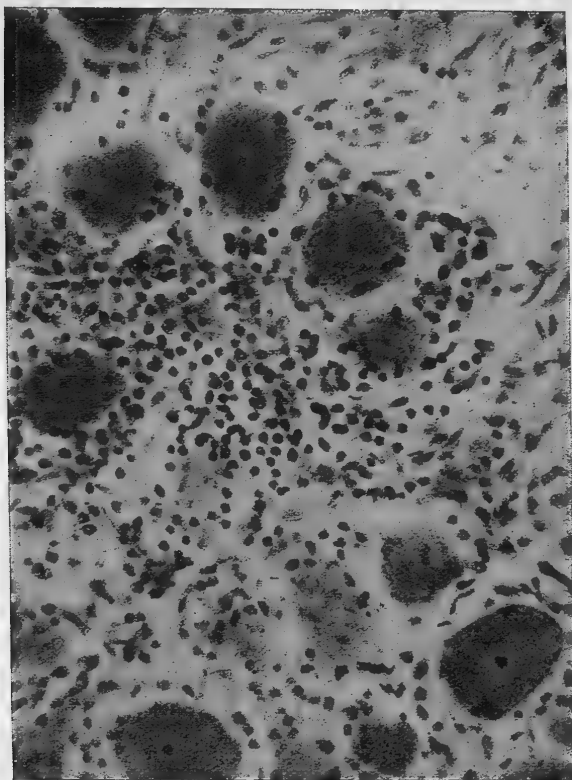


FIG. 1. — Ganglion rachidien dorsal.
Infiltration lympho-plasmocytaire. (Nissl.).

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — I. *Technique d'examen* : on prélève :

1) Dans les *hémisphères* : 1° Au niveau de l'écorce, trois blocs : le premier comprenant le segment antérieur des trois circonvolutions frontales ; le second, les circonvolutions centrales, au voisinage du lobule paracentral ; le troisième, la région de passage, pariéto-temporo-occipitale. 2° Un fragment comprenant les noyaux opto-striés et la capsule interne. 3° Enfin trois blocs de la région du 3^e ventricule et

Hypothalamus, en section vertico-frontale, pour étude en coupes sériees.

II. Dans le *tronc encéphalique et le cervelet* : la protubérance, le bulbe et l'hémisphère cérébelleux gauche, une région du vermis.

III. Dans la *moelle* : les régions cervicales haute et basse, dorsale haute et basse, lombaire haute et basse, sacrée.

IV. *Organes périphériques* : deux ganglions rachidiens dorsaux, le nerf sciatique droit, les deux nerfs optiques.

V. *Glandes endocrines* : thyroïde et hypophyse.

Tous ces fragments sont inclus à la celloïdine (sauf les endocrines qui le sont à la paraffine) et colorés, après coupe, par les techniques courantes (Loyez, Hématéine-Eosine, Mallory-Leroux, Nissl).



FIG. 2. — Douzième dorsale.

Dégénération types des C. postérieurs et postéro-latéraux.

D'autres segments : moelle cervicale, dorsale, lombaire et les nerfs optiques, en coupes transversales et longitudinales, les noyaux optostriés, sur toute leur longueur, et le lobe de l'Insula, un fragment du cervelet sont coupés à la congélation et colorés par les techniques spéciales (Reumont, Bielschowsky, Cajal pour la névroglie, Scharlach, mucicarmin, Lhermitte, etc.).

Enfin : la moelle en coupe longitudinale, les nerfs optiques, un fragment du cervelet sont imprégnés par la méthode de Bielschowsky sur blocs.

II. EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Ganglions rachidiens*. — Sur un ganglion on ne note, par le Loyez, rien d'anormal ; aucune lésion du nerf radiculaire. Par la méthode de Nissl, chromatolyse d'un grand nombre de cellules avec caryolyse, prolifération des cellules satellites, satellitose, neurophagie, multiplication des cellules conjonctives du ganglion.

Sur un autre ganglion, on constate, en plus des lésions cellulaires

mentionnées, de nombreuses coulées de lymphocytes, au milieu desquels d'authentiques plasmocytes caractéristiques avec cytoplasme vacuolaire découpé suivant un polygone (fig. 1).

Moelle sacrée et lombaire. — Dégénération complète des cordons postérieurs, sauf de la zone cornu-commissurale et la zone radiculaire externe. Dégénération bilatérale symétrique des faisceaux pyramidaux croisés, intégrité de la substance grise.

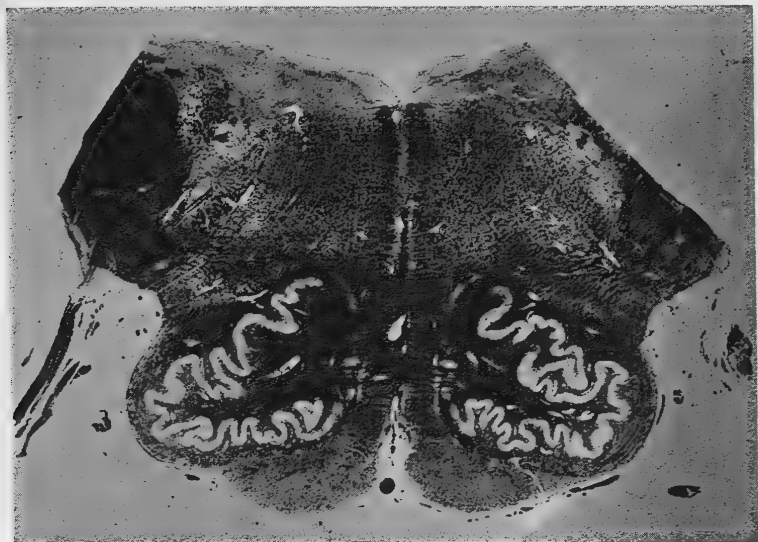


FIG. 3. — Bulbe. Petitesse et aplatissement. Paleur des pyramides et de la couche inter-olivaire. Minceur du faisceau solitaire (Loyez).

Moelle dorsale (D. 12). — Dégénération complète des faisceaux postérieurs sauf la zone radiculaire externe. Dégénération bilatérale et symétrique des faisceaux pyramidaux. Conservation intégrale du tractus intermedio-latéral. Pauvreté des cellules antérieures ; atrophie des cellules de la colonne de Clarke. L'épendyme est oblitéré (fig. 2).

Moelle dorsale (haute). — Dégénération beaucoup plus accusée des cordons postérieurs et dégénération bilatérale des faisceaux pyramidaux croisés, des faisceaux directs et dégénération du faisceau de Flechsig. Atrophie des cellules de la colonne de Clarke.

Moelle cervicale. — Dégénération pyramidale des faisceaux pyramidaux direct et croisé ; dégénération du faisceau de Flechsig et du cordon postérieur. Ici la dégénération est surtout marquée au niveau du cordon de Goll ; la zone radiculaire externe est mieux conservée. Pas de lésions cellulaires appréciables.

A tous ces niveaux, l'étude des cellules de la corne antérieure révèle une surcharge en lipochrome des cellules radiculaires. Dans les territoires dégénérés, les cylindraxes, par la méthode à l'argent de Reumont, se montrent complètement dégénérés. (Pas de faute de technique). Par la méthode névroglique sur coupes longitudinales, on voit une prolifération fibrillaire considérable dans les faisceaux dégénérés : c'est une gliose isomorphe ; on ne relève pas la disposition en tourbillons classique, de la gliose, au niveau des cordons postérieurs.

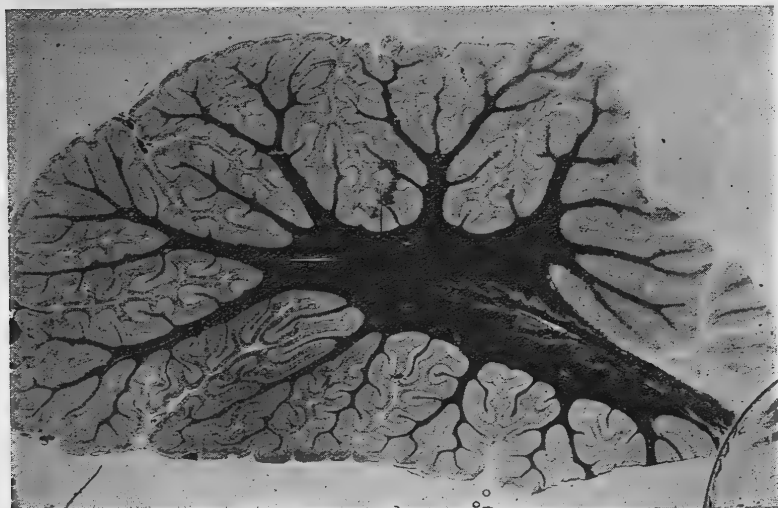


FIG. 4. — Hémisphère cérébelleux droit. Aplatissement et atrophie du Noyau Dentelé. Atrophie des axes lamellaires. Lésion massive de la couche des grains. (Loyez).

Sur des coupes longitudinales, comprenant deux segments médullaires, imprégnés suivant la méthode de Bielschowsky, on retrouve une dégénérescence complète des axones des cordons postérieurs, une dégénérescence marquée, mais non totale, des axones des faisceaux pyramidaux croisés et cérébelleux directs.

L'étude des produits de désintégration (méthodes de Casamajor, Scharlach), ne montrent qu'une surcharge lipoïdo-pigmentaire des cellules de la corne antérieure.

Le bulbe rachidien est petit, aplati (fig. 3), quadrangulaire, car la saillie des pyramides n'existe plus. Les corps restiformes sont petits, pâles. Pâleur nette des deux pyramides, intégrité des olives bulbaires. Atrophie et pâleur de la couche inter-olivaire, c'est-à-dire du Reil Médian. Les cellules olivaires sont petites, ratatinées, très riches en lipochrome comme on l'observe dans l'âge avancé. Les noyaux des

nerfs bulbaires sont, en général, petits, les cellules sont atrophiques, ce qui est surtout net dans le noyau dorsal du vague (noyau de Stilling), mais on n'y relève pas de processus pathologique proprement dit, pas de prolifération microglie.

Protubérance. — La protubérance est petite dans l'ensemble, mais encore davantage dans la calotte où les pédoncules cérébelleux supérieurs sont normaux mais grâcles, contrastant avec un faisceau cen-

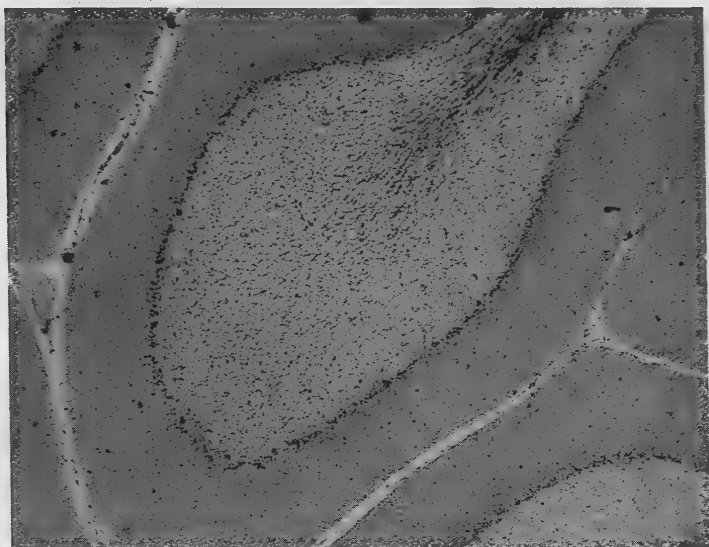


FIG. 5. — Une lamelle cérébelleuse montrant la diminution marquée des fibres de l'axe, la disparition presque complète des grains ; la diminution du nombre des cellules de Purkinje (Loyez).

tral de la calotte, la bandelette longitudinale postérieure, mieux colorés. Les faisceaux pyramidaux sont grêles mais ne sont plus dégénérés : leur myélinisation est bonne. Les fibres ponto-cérébelleuses sont normales.

Cervelet. — Le cervelet est atrophie dans l'ensemble des hémisphères et du vermis. Les noyaux dentelés, sur la coupe totale d'un lobe (fig. 4), se montrent affaissés, amincis, étirés ; le hile est très serré ; la masse de substance qui en émane est singulièrement réduite.

Par la méthode de Weigert, les axes blancs des lames et lamelles (fig. 5) cérébelleuses sont très amincis, pâles et pauvres en fibres myéliniques. Le réseau des fibres myéliniques, dans la couche des grains, est extrêmement clairsemé, à peine y distingue-t-on quelques rares fibres grêles. Peu de fibres pénètrent jusqu'à la couche des cellules

de Purkinje. A un plus gros grossissement, les fibres qui persistent se montrent irrégulières, avec des nodosités, faiblement colorées et sectionnées. On ne peut pas distinguer si les lésions portent davantage sur les fibres moussues, grimpantes ou sur les axones de Purkinje.

Avec les méthodes cytoplasmiques, on remarque que, dans l'ensemble, les cellules de Purkinje sont peu abondantes, mais il est des zones où elles sont beaucoup moins nombreuses qu'en d'autres, principalement sur la face latérale des lamelles (fig. 6). Il est des régions

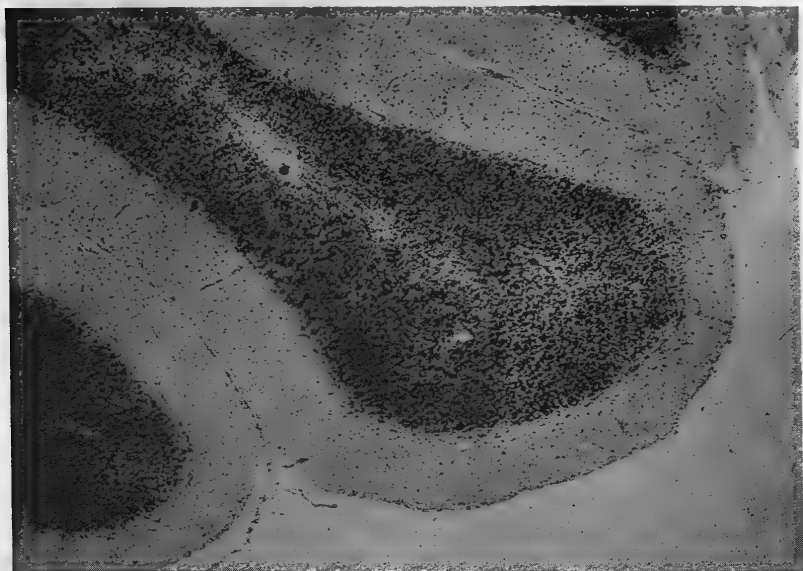


FIG. 6. — Lamelle cérébelleuse : disparition des cellules de Purkinje et des grains, ceux-ci sont remplacés par des éléments gliaux (Nissl). Comparer avec la figure précédente.

où les cellules de Purkinje ont complètement disparu sur certaines lamelles. Les cellules restantes sont, pour la plupart, diminuées de volume, les corps tigrôïdes difficiles à saisir, le cytoplasme est arrondi, les dendrites qui s'accusent dans la substance moléculaire sont hypertrophiées et se colorent d'une manière diffuse ; très nombreuses cellules rameuses en bois de cerf.

Dans la couche des grains, on observe des lésions très marquées : prolifération très abondante des cellules névrogliales, surtout microgliales, avec disparition de la plupart des cellules des grains.

La couche moléculaire ne présente pas de sclérose névrogliale, mais elle est atrophique, son épaisseur est diminuée, on y relève très peu d'éléments cellulaires.

Méthode de Bielschowsky. — 1° Raréfaction extrême des cylindres et diminution de leur volume pour les fibres qui forment l'axe blanc des lames et des lamelles. Cette disparition des fibres frappe avec une égale sévérité les axones de Purkinje, les fibres moussues et grimpantes, autant qu'on puisse identifier ces différents éléments, ce qui est très difficile.

2° Raréfaction extrême des fibres de la couche moléculaire por-

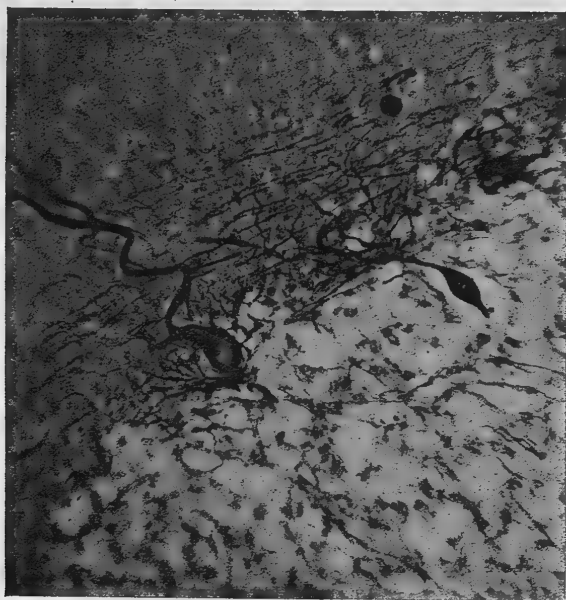


FIG. 7. — Ophidiose, ondulations des dendrites purkinjiennes, renflements axonaux. (Bielschowsky.).

tant aussi bien sur les fibres médullaires que sur les fibres parallèles, celles-ci sont beaucoup plus frappées dans les deux tiers extérieurs de la couche (fig. 7).

3° Disparition complète des grains, quelques fibres seules persistent. Dans cette zone, les noyaux de la couche des grains ne se colorent pas ou ont disparu, complètement remplacés par des éléments névrogliques. On n'y peut pas identifier de glomérules de Denissenko.

4° Les cellules de Purkinje présentent des altérations curieuses. Certaines ont leur corps extrêmement réduit et enveloppé par des fibres en corbeille, très abondantes et très colorées, se terminant par un pinceau net (fig. 8 et 9). D'autres ont un corps cellulaire réduit, mais des prolongements dendritiques monstrueux, hypertrophiques,

s'avancent très loin dans la couche moléculaire et dessinent des silhouettes en forme de bois de cerf (fig. 10) ; ils sont pourvus de renflements en « astérique », étoilés. Certains prolongements dendritiques forment un véritable réseau situé dans le tiers interne de la couche moléculaire. D'autres figures rappellent un peu la tête de Méduse. Il existe peu de cellules de Purkinje normales, les unes sont atrophiées, réduites, ou bien complètement disparues, leur place est marquée par un nid plus ou moins intact, ou bien par un résidu

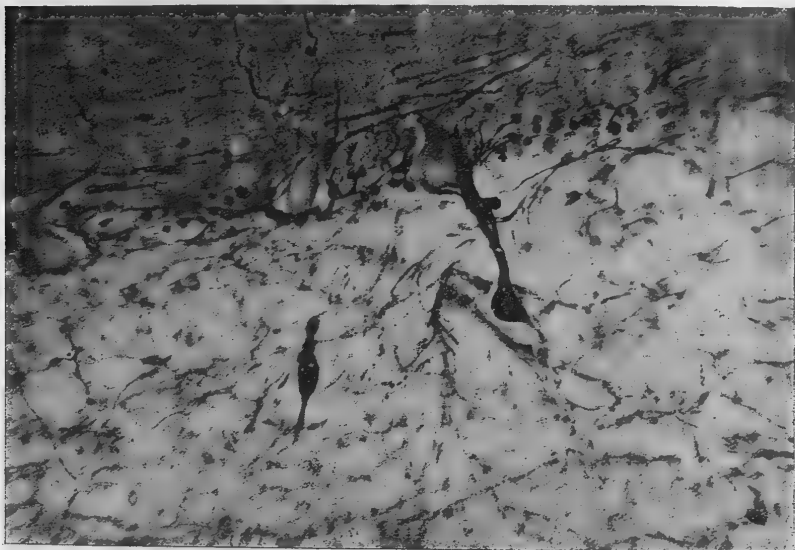


FIG. 8. — Renflements axonaux des cellules de Purkinje ; atrophie purkinjienne.

dendritique, géant ou non. D'autres présentent des phénomènes réactionnels, hypertrophiques, réalisant les figures décrites. Jamais on ne trouve de cellules binucléées. Parfois les prolongements dendritiques forment des expansions rappelant tout à fait la disposition des arbres en espalier, mais nettement hypertrophiées, colossales (fig. 10). D'autres fois, la principale dendrite s'élance en décrivant des spires qui rappellent les silhouettes des serpents (ophidiose d'Estable), ou bien gonflés démesurément (fig. 7).

Les cylindraxes des cellules de Purkinje sont très fréquemment renflés en une boule très colorée en noir, ovoïde. Certains renflements sont sphériques et donnent l'apparence de massues. Ce sont les massues de rétraction de Cajal (fig. 7, 8, 10).

Il n'y a pas de prolifération névroglie dans la couche moléculaire. On aperçoit, dans le tiers interne de la couche moléculaire, un nom-

bre assez important de fibres d'association, mais celles-ci sont, néanmoins, très diminuées, par rapport à celles d'un cervelet normal.

Les parois du 3^e ventricule, l'hypothalamus, ont été étudiés en coupes sériees, car notre attention était attirée vers cette région par le diabète passager que la malade avait présenté. Nous n'avons trouvé

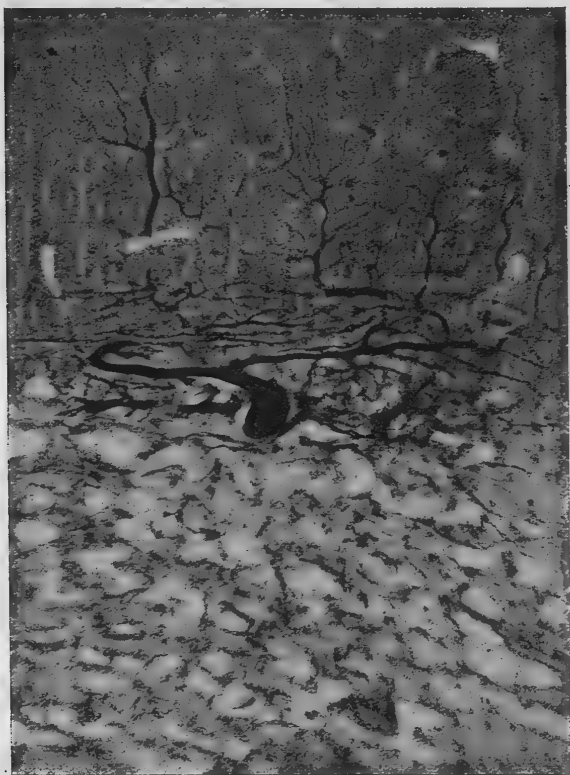


FIG. 9. — Cellule de Purkinje en espalier (Bielschowsky).

aucune modification pathologique. Tout ce qu'on peut signaler, c'est une vaso-dilatation modérée avec œdème léger périvasculaire, phénomènes tout à fait banaux, comme nous avons pu nous en rendre compte depuis quelques années que nous étudions systématiquement cette région dans différents cas. Il n'y a pas de calcification, pas de lésions vasculaires ; les cellules des noyaux végétatifs de la région (paraventriculaire, ventral, de la bandelette, supra-chiasmatique, périramillaire) offrent leur aspect habituel, qui pourrait en imposer pour altéré à un chercheur non averti.

Les noyaux gris centraux et la capsule interne ne montrent pas



FIG. 10. — (Bielschowsky. Fort grossissement). Deux cellules de Purkinje transformées en « neurones d'association à axône court ». Remarquer à gauche un squelette dendritique monstrueux et au-dessous une « masse de retraction ». Raréfaction des fibres parallèles profondes et aussi du réseau des fibres de la couche granulaire.

d'altérations, si ce n'est la diminution de leur volume. Au Weigert on remarque, en particulier, l'intégrité de la capsule interne dans

les différents segments. La structure myéloarchitectonique du thalamus, du pallidum et du striatum ne montre pas d'altération, même à un examen minutieux. Il en est de même si on examine cette région sur des coupes colorées par le Nissl : les cellules thalamiques, pallidales et putamino-caudales ne sont pas sensiblement altérées. Si leur taille est peut-être réduite, leur colorabilité est normale. Il n'y a pas de prolifération notable de la névroglie. Par la méthode de Reumont, on est encore assuré de l'intégrité de ces organes, et particulièrement de la persistance des axones pyramidaux dans le segment postérieur de la capsule interne. Il n'y a pas de lésions vasculaires.

Le cortex ne montre pas, dans les différentes régions étudiées, de lésions inflammatoires ni dégénératives. Mais à cette généralisation, il faut faire quelques restrictions : 1° Les circonvolutions pré-centrale et post-centrale sont réduites de volume, leur myéloarchitectonie n'est pas bouleversée ; on apprécie parfaitement les systèmes des fibres radiaires. Au Nissl, et à un examen approfondi, si la disposition laminaire est normale, s'il n'y a pas de prolifération névroglique, on note, par contre, la réduction du volume des cellules pyramidales, et particulièrement des cellules giganto-pyramidales de Betz ; en outre celles-ci nous ont semblé être rares. 2° Les circonvolutions frontales n'offrent pas de lésions myéloni-cytoarchitectoniques ; par contre, on note dans leurs axes, et surtout dans la substance blanche centrale, une très légère pâleur et de nombreux petits foyers microscopiques de démyélinisation péri-vasculaire, peu importants par leurs dimensions, mais en grand nombre. A noter cependant que les vaisseaux ne sont pas très sclérosés ni épaissis : ils sont entourés, par contre, d'une collerette de produits de désintégration, par des microgliocytes lipophores et pigmentophores ; enfin, par une mince couche de gliose serrée, correspondant à la zone démyélinisée. 3° La zone pariéto-temporo-occipitale ne présente pas ces altérations ; en outre, la disposition laminaire et aréale des cellules et fibres myéliniques est conservée.

Les nerfs optiques que nous avons étudiés, en raison des troubles visuels dont se plaignait la malade dans les derniers mois de sa vie, ne sont pas altérés. Les cylindraxes sont parfaitement imprégnés, réguliers. La névroglie (méthode de Lhermitte) n'est pas hyperplasiée.

Le nerf sciatique ne montre pas de dégénérescence appréciable, mais il faut noter l'importance du tissu cellulo-adipeux divisant les troncles nerveux. Par contre, il n'y a pas de sclérose vraie, car les septa inter-fasciculaires ne sont pas épaissis.

Aussi bien la thyroïde que l'hypophyse sont normales.

En résumé, il s'agit donc d'un cas cliniquement typique de maladie de Friedreich avec troubles mentaux (affaiblissement léger, idées de persécution sporadiques, perturbations marquées de l'humeur et du caractère ayant motivé deux internements suc-

cessifs), se caractérisant au point de vue anatomique par : 1° Des lésions médullaires classiques : dégénérescence des cordons postérieurs et des faisceaux spino-cérébelleux, du faisceau pyramidal croisé, atrophie et disparition des cellules de la Colonne de Clarke ; 2° des lésions sus-médullaires : petitesse du tronc encéphalique et atrophie moins marquée, mais appréciable, des hémisphères : a) dans le Bulbe, petitesse des corps restiformes, démyélinisation diffuse de la pyramide, pâleur du Reil médian ; b) dans la Protubérance, réduction de volume du pédoncule cérébelleux supérieur, aspect normal des fibres de projection corticale et du Ruban de Reil ; c) l'hypothalamus, les noyaux opto-striés, la capsule interne sont normaux. Le cortex sensiblement normal, sauf au niveau de F.A. (raréfaction des cellules géantes de Betz) et dans la substance blanche du lobe préfrontal (foyers microscopiques de démyélinisation péri-vasculaire) ; 3° intégrité des nerfs optiques, du sciatique, de la thyroïde et de l'hypophyse ; 4° *des lésions cérébelleuses massives* frappant également les hémisphères et le vermis, prédominant sur le cortex mais intéressant aussi les noyaux gris cérébelleux. Elles se traduisent : 1° au point de vue myélinique, par une réduction de volume de l'axe blanc des lames et lamelles de l'album central et du hile du noyau dentelé ; 2° au point de vue cellulaire, par la disparition marquée des éléments de Purkinje (complète sur quelques lamelles), par la dégénérescence presque absolue des grains qui sont remplacés par des éléments névrogliaux ; par la diminution des cellules de la couche plexiforme ou moléculaire.

On met en évidence, grâce aux techniques d'imprégnation, des altérations dentro-axonales, des éléments cérébelleux, réalisant une série d'aspects histologiques curieux et frappants qui ont été signalés dans différentes affections : 1° les massues de rétraction, ou renflements fusiformes de l'axone de Purkinje ; 2° appendices dendritiques en forme d'astérisque ; 3° arborisations dendritiques aberrantes, quelquefois monstrueuses ; 4° dislocations localisées hypertrophiques des prolongements dendritiques, réalisant des figures en étoile (phénomène d'Arcaute) ; 4° dendrites hypertrophiées, à trajet onduleux, serpentin (ophiodiose d'Estable). Ces lésions ont été signalées (outre dans le Friedreich, par Estable) dans certaines affections : Schaeffer, Bielchowsky, Spielmayer, Marinesco les ont trouvées dans la maladie de Tay-Sachs ; Straus et Schob, Villaverde dans l'idiotie amaurotique ; Straussler dans l'atrophie cérébelleuse ; Arcaute et Lafora dans la syphilis cérébrale ; Cajal dans la démence précoce.

On ne peut manquer d'être frappé par l'existence de ces altérations dans certaines maladies : de l'enfance ou bien de nature syphilitique. Elles répondent à un processus réactionnel de défense qui passe par une phase hypertrophique avant d'arriver à l'atrophie, elles témoignent de l'activité réactionnelle des éléments nerveux alors qu'ils sont en pleine période formative, ou à l'âge adulte uniquement sous l'influence des toxines syphilitiques. On peut les rapprocher des altérations étudiées par Lhermitte et Trelles dans l'hypertrophie des olives bulbaires qui répondent à un mécanisme voisin.

*
**

Cette observation anatomo-clinique comporte une série de faits intéressants qui n'ont pas besoin d'être soulignés. Aussi ne nous proposons-nous d'en tirer argument que pour insister sur trois questions qui découlent logiquement les unes des autres. Ce sont : 1° le problème anatomique de la Maladie de Friedreich ; 2° le problème des troubles mentaux de la Maladie de Friedreich ; 3° le problème enfin des « atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux », qu'il semblerait plus satisfaisant de nommer : syndromes mentaux s'accompagnant d'atrophie cérébelleuse, car ainsi on ne préjuge pas des rapports entre l'une et l'autre.

Chacune de ces questions nécessiterait un examen approfondi et de longs développements qui risqueraient fatalement de nous entraîner trop loin. Telle n'est pas notre intention : il est possible, d'ailleurs, de condenser les faits en les servant de près et de n'en exposer que le substantiel. Ces restrictions étant faites, il est temps d'entrer dans le vif du sujet.

Le problème anatomique de la maladie de Friedreich n'est pas définitivement tranché malgré le nombre important de travaux qui lui ont été consacrés dans différents pays par des histopathologistes éminents. Les opinions les plus opposées ont été soutenues. Cependant, actuellement, l'accord est fait sur les grandes lignes de l'image histologique de cette affection. On peut grossièrement condenser en quatre étapes l'évolution des idées. Tout d'abord, Friedreich essaya de la différencier (Congrès de Spire, 1861) de l'ataxie locomotrice de Duchenne (de Boulogne) ; il en faisait une atrophie dégénérative systématisée des cordons postérieurs, consécutive à une atteinte inflammatoire de la substance grise ; c'était une « ataxie héréditaire ». Dans une deuxième époque, Charcot, Vulpian, qui jusqu'alors ne voulaient point

reconnaître l'autonomie de l'affection (qu'ils considéraient comme une association de tabès avec la sclérose en plaques), la décrivent enfin comme une entité morbide sous le nom de Maladie de Friedreich ; Schultze, Rutimayer contribuent à en fixer le tableau anatomique en ajoutant qu'il s'agit, en plus d'une dégénérescence des cordons postérieurs, de la dégénérescence des faisceaux spino-cérébelleux avec atrophie de la Colonne de Clarke et des fibres pyramidales. Dans une troisième étape, où les autopsies se multiplient, on signale des lésions massives du cervelet. Ces faits conduisent Senator à considérer que la Maladie de Friedreich est due à une atrophie primitive du cervelet avec dégénérescence secondaire des systèmes médullaires dépendants. C'est alors que Pierre Marie, dans des travaux classiques, sépara l'hérédo-ataxie cérébelleuse (Maladie de Pierre Marie) de la Maladie de Friedreich, affection uniquement médullaire. Cette séparation nette entre ces deux affections n'est pas admise par tous : Schultze, Edinger, Déjerine et André-Thomas ne l'acceptent pas dans toute sa rigueur. Raymond soutient qu'elle ne sont que deux variantes, entre autres, du vaste groupe des hérédos-ataxies cérébelleuses familiales. Dans une 4^e et dernière époque, on arrive à la conclusion discutable et discutée que la Maladie de Friedreich et l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie ont, à côté de caractères propres non exclusifs, des caractères communs qui sont les nœuds, pour employer l'expression heureuse d'Estable, de deux processus qui ne se superposent pas, mais se croisent. Et, dans ce sens, on décrit, à côté de lésions médullaires classiques, des lésions sus-médullaire, bulbaires, protubérantielles sur lesquelles ont insisté André-Thomas, Marinesco et Tretiakoff et tout récemment Guillain, Bertrand et Mollaret.

D'ailleurs, dans un travail récent, MM. Guillain et Mollaret précisent leur conception de la maladie de Friedreich (elle rappelle, au fond, celle de Raymond, mise en accord avec les données anatomo-physiologiques du jour). Pour ces auteurs, dans le schéma d'ensemble de l'affection, il faut tenir compte de deux syndromes majeurs : le syndrome cérébelleux et le syndrome d'atteinte des racines et des cordons postérieurs. Au contraire, le syndrome pyramidal fait, à côté d'eux, figure de syndrome mineur. Les différentes valeurs que peuvent prendre ces syndromes rendent compte des parentés entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, la paraplégie spasmodique familiale, peut-être même la maladie de Roussy-Lévy. Ces différentes dénominations cliniques, concernant plusieurs aspects d'une seule et même entité morbide que Guillain et Mollaret proposent

de désigner : « *Hérédo-dégénération spino-cérébelleuse.* » Cette conception séduisante doit s'imposer ; malheureusement, le terme proposé par les auteurs n'est pas très heureux, car il peut prêter à confusion.

Le cas dont nous venons de rapporter l'observation anatomique tout au long s'écarte donc assez de la formule classique. Les lésions médullaires et radiculaires sont typiques et n'offrent aucune particularité. Il n'en va pas de même pour ce qui est des lésions des ganglions rachidiens et du cervelet. Elles se superposent presque à celles que, dans une étude serrée, malheureusement peu connue, a signalées Estable.

Les lésions inflammatoires et dégénératives que nous avons relevées dans les ganglions rachidiens ont été minutieusement étudiées par Estable (1). Elles constituent encore un argument de plus à l'étiologie infectieuse soutenue par Pierre Marie, et sont d'ailleurs à rapprocher des constatations de la plus grande importance, plaidant dans le même sens, faites par Alajouanine, Bertrand et Thurel sur une pièce opératoire.

Quant aux lésions cérébelleuses, leur discussion nous retiendra davantage. Déjà plusieurs auteurs modernes avaient signalé des lésions du cervelet, mais pas très importantes, dans la Maladie de Friedreich (Marinesco et Tretiakoff). C'est ainsi que, dans leur mémoire justement apprécié sur les atrophies cérébelleuses, Mathieu et Bertrand, tout en acceptant des types intermédiaires, opposent l'hérédo-ataxie cérébelleuse à la Maladie de Friedreich, et ne parlent même pas des lésions cérébelleuses dans cette dernière.

Telle n'est pas l'opinion d'Estable qui doit à sa qualité d'élève de Cajal d'être un virtuose des méthodes d'imprégnations et l'un des histologistes qui connaissent le mieux la structure fine du cervelet. Cet auteur, en effet, en employant les méthodes d'imprégnation dûes à l'école madrilène, a pu saisir la réalité des lésions cérébelleuses intenses dont il donne une description rigoureuse. Les altérations frappent, d'après Estable, la corticalité aussi bien dans les hémisphères que dans le vermis. Les noyaux dentelés et du toit sont touchés aussi, mais moins sévèrement. Au niveau du cortex, l'histologiste uruguayen relève des lésions diverses des cellules de Purkinje allant depuis la plus légère jusqu'à la disparition complète ; tous ces différents degrés, d'ailleurs, obéissent

(1) Lhermitte et Artom (*Bul. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1907) ont signalé aussi des lésions inflammatoires ganglionnaires dans un cas de Maladie de Friedreich.

à trois réactions générales : 1° réaction de résistance, qui vise à conserver l'intégrité des connexions neuronales, lesquelles forment une constante en histophysiologie nerveuse ; 2° réactions dégénératives qui apparaissent dès que la résistance est vaincue ; 3° réactions d'adaptation, transformant la cellule de Purkinje en un « oligodendroneurone » (neurone à connexions rares) ; autrement dit, en un neurone de Golgi, type II, c'est-à-dire à axone court. Au point de vue descriptif, il décrit les lésions banales d'hystolyse, de sclérose de Nissl, et plus particulièrement : 1° dans l'axone, des renflements fusiformes ou « massues de rétraction de Cajal » ; la rétraction des boutons terminaux et la rupture des synapses, par chute des boutons terminaux au niveau des cellules dentelées ; 2° dans les dendrites : des proliférations exagérées réalisant parfois des figures rappelant une tête de méduse, des renflements monstrueux (phénomène d'Arcaute), des dendrites hypertrophiques à trajet flexueux et onduleux (ophidiose) ; 3° dans le soma cellulaire : rétraction et épaississement du réseau neuro-fibrillaire, fragmentation, résolution en boules. Estable décrit en outre minutieusement les altérations des cellules en corbeille (hétérotypies, hypertrophies axonales et dendritiques, déformation granuleuse ; disparition des nids en corbeille, hypertrophie des boutons terminaux) ; des grains (diminution de volume, réduction des fibres parallèles) et surtout des fibres grimpantes et moussues qui étaient très touchées ; enfin, la désintégration des glomérules cérébelleux de Denissenko.

Les rouages de la délicate mécanique cérébelleuse se trouvaient donc interrompus ou altérés ; ces lésions portaient en majorité sur les connexions des cellules de Purkinje et, à un degré moindre, dans les fibres moussues et grimpantes.

Il n'en va pas de même dans notre cas. Si les altérations des neurones effecteurs de la corticalité, cellules de Purkinje, sont importantes par leur étendue, la qualité des lésions et le pittoresque des aspects qu'elles réalisent, plus graves nous semblent les lésions dans la couche des grains, car elles frappent à la fois et intensément les grains et les fibres de cette couche, parmi lesquelles il est fort difficile de distinguer les fibres médullaires, grimpantes ou moussues ; elles disloquent, enfin, ainsi les glomérules de Denissenko. La sévérité des altérations cérébelleuses dans ce cas est encore attestée par la disparition des cellules et des fibres radiaires de la couche plexiforme, par l'atrophie et la surcharge pigmentaire cellulaire des noyaux dentelés.

Le processus pathologique atteint également le paléo-cérébel-

lum (vermis) et le néo-cérébellum (hémisphères). C'est pourquoi le terme proposé par Guillain et Mollaret d' « hérédo-dégénération spino-cérébelleuse » peut prêter à discussion, car il préjuge de la localisation lésionnelle : « spino-cérébelleux » est synonyme de « paléo-cérébellum ». On pourrait donc croire à la localisation lésionnelle au vermis et à la partie attenante des hémisphères (1). Il est vrai que la dénomination proposée l'a été du point de vue physio-clinique, mais ainsi qu'y ont insisté Déjerine et André-Thomas : « l'anatomie pathologique doit avoir une part aussi importante que la clinique dans la classification des maladies nerveuses. »

Pour rendre compte du mécanisme pathogénique à la base de la Maladie de Friedreich, Estable fait appel à la théorie biologique de la cytomorphogenèse, vocable qui désigne l'ensemble des modifications structurales que les cellules éprouvent depuis le stade indifférencié jusqu'à la mort (c'est, au fond, l'instinct formatif de Von Monakow, la Hormé). La cytomorphogenèse peut avoir des déviations dans le sens hyper ou hypo, et donner lieu à des malformations qu'il ne faut pas confondre avec l'hypertrophie ni l'atrophie, ces deux termes, en effet, ne doivent s'appliquer, poursuit Estable, qu'à des éléments évolués, formés, tandis que la cytomorphogenèse est précisément le processus de l'évolution même. « La Maladie de Friedreich est un processus d'hypocytomorphogenèse, avec phénomènes atrophiques et hypertrophiques, frappant à la fois le système radiculo-médullaire et le cervelet. » (Estable).

*
**

Les troubles mentaux, dans la Maladie de Friedreich, ne sont pas exceptionnels, contrairement à ce qu'en pensait Friedreich lorsqu'il avançait que « les fonctions cérébrales sont respectées ». S'il n'existe pas toujours de syndromes psychopathiques nets, il est de règle de trouver un « état mental » spécial sur lequel insistent Saquet et surtout Mollaret. Etat mental qui n'avait pas échappé à Déjerine et André-Thomas qui écrivent : « L'intelligence est ordinairement épargnée, cependant, elle n'est pas très éveillée et son développement est souvent incomplet », ce retard intellectuel frappe, car « l'expression de la

(1) Tout récemment Bielschowsky note dans un cas que les lésions cérébelleuses sont localisées au vermis (paléo-cérébellum), justifiant ainsi, pour certains cas, le terme proposé. (M. BIELSCHOWSKY : Zur Kenntnis des Friedreich-Komplexes. *Zeits. f. de. G. Neur. u. P.*, CL, p. 373 à 404, 1934).

physionomie, lente et hébétée, le regard, vague, le rire bruyant, explosif et même involontaire », le rendent encore plus marqué à première vue.

Si les cas avec un véritable état psychopathique tel que le « délire de persécution » signalé par Vincelet sont exceptionnels, on note la débilité mentale, voire l'imbécillité ou l'idiotie (Pritzche). Mais les troubles du caractère sont plus fréquents.

Long a présenté, à la Société de Psychiatrie de Paris, en 1912, un malade atteint de « débilité mentale et de Maladie de Friedreich ». Il notait la débilité, l'hostilité, la puérilité et l'activité restreinte de ce malade ; et à ce propos, insistait sur la fréquence des troubles mentaux dans la maladie de Friedreich, plus marqués, à son avis, qu'on ne le prétend classiquement. Il ajoutait, d'ailleurs, que cela n'a rien d'étonnant lorsqu'on tient compte des lésions étendues du cervelet et du cerveau qui s'ajoutent aux médullaires (1). Dupré et Logre présentent à la même société, en 1913, un garçon de 11 ans, atteint de Maladie de Friedreich avec débilité mentale et perversions instinctives, interné à cause de l'instabilité, de la mythomanie, des crises d'excitation et des colères violentes qu'il présentait. Fils d'alcoolique, il avait des impulsions à boire avec aggravation par l'alcool des troubles psychiques. Claude et Rouillard soumettent à la Société de Neurologie en 1913, le cas d'un malade atteint de syphilis cérébro-spinale à forme de Maladie de Friedreich. En raison de l'affaiblissement intellectuel progressif, de la puérilité, d'une légère euphorie gouailleuse et des troubles marqués de l'humeur et du caractère, ce malade pouvait faire penser à la paralysie générale, diagnostic que les auteurs rejettent, pour s'en tenir à la Maladie de Friedreich, d'origine syphilitique. Ils citent à l'appui de leur thèse, les cas rapportés par Cerletti et Perusini : deux frères atteints de Friedreich avec troubles mentaux graves en ayant imposé, un moment, pour une paralysie générale. Marinesco et Tretiakoff signalent un malade (cas III), décédé à 37 ans, après avoir présenté des « troubles mentaux graves, délire de persécution avec affaiblissement intellectuel ».

Enfin, parmi les observations rapportées par Mollaret dans sa belle monographie, on peut relever : « retard intellectuel avec caractère irritable » (obs. III) ; « déficit psychique, faciès mongoloïde, indifférence, désintérêt de sa situation » (obs. VII) ;

(1) Mollaret (*loc. cit.*, p. 175) dit avoir retrouvé ce malade en 1928 et constate que l'évolution de la maladie ne confirmait pas le diagnostic de Maladie de Friedreich.

« débilite mentale accusée : ne sait ni lire, ni écrire, microcéphalie » (obs. XIII) ; « état psychique déficient, très craintif » (obs. XVII) ; « psychisme spécial : intelligence normale, mais caractère désagréable, ne supporte pas la moindre contradiction, le personnel redoute ses colères » (obs. XVIII) ; « troubles psychiques en apparence très importants, mais en réalité exagérés par troubles de la parole, indifférence » (obs. XIX).

On voit donc que l'arriération, la débilite mentale, voire l'imbecillité sont assez fréquentes. Il en est de même des troubles du caractère. Le cas Ad... ne fait donc pas exception à la règle. Ici, plus que l'affaiblissement intellectuel, ce qui dominait le tableau et avait motivé les deux internements, c'étaient les troubles de l'humeur et du caractère, la querulance violente, les colères impulsives, comparables dans leur intensité à celles que présentent certaines démentes précoces paranoïdes.

Quant aux rapports entre la Maladie de Friedreich et les troubles mentaux, à leur pathogénie, on ne peut les considérer comme fortuits ainsi que certains l'ont soutenu. L'association est beaucoup trop fréquente pour en être ainsi. L'opinion de Joffroy, comprenant les troubles mentaux de la Maladie de Friedreich dans ses « myopsychies » ne saurait pas, non plus, être retenue. D'autres auteurs (Long, H. Claude) pensent que c'est à l'extension des lésions à l'encéphale qu'on doit les attribuer. Saquet conclue dans sa thèse, opinion à laquelle se rallie Mollaret, « qu'il existe chez ces malades une prédisposition évidente », et que « les lésions du cortex cérébral résultent d'un processus associé ». D'autres auteurs ont soutenu qu'en l'absence de lésions corticales, c'est donc au retentissement des altérations cérébello-médullaires, et plus spécialement cérébelleuses, sur la sphère psychique qu'il faut les attribuer. Pour invraisemblable que paraisse cette opinion, de nombreux faits abondent dans ce sens, ainsi que nous le verrons plus loin.

Dans le cas Ad..., il est difficile de conclure. On pouvait imaginer, *a priori*, en se basant sur les nombreux cas de troubles mentaux portant surtout sur la tonalité affective et les troubles du caractère par lésion de la région diencephalique rapportés ces dernières années, qu'il pouvait en être de même dans la Maladie de Friedreich. Or, l'examen de l'hypothalamus en coupes sérieées n'a montré aucune altération, pas plus qu'il n'en existe dans les noyaux opto-striés. Les lésions de la substance blanche du lobe frontal sont minimales, on peut les ranger, volontiers, dans le « pathologique normal » sur lequel a tant insisté Cajal. Tout au plus pourraient-elles expliquer le déficit intellec-

tuel des derniers temps. Quant aux troubles de l'humeur et du caractère, faut-il admettre un retentissement (diaschisis) des lésions cérébelleuses sur la fonction des centres supérieurs ? Faut-il considérer que la perturbation de la sensibilité proprioceptive générale et spéciale (équilibration) sur lesquelles on a tant insisté récemment (Mourgue) entraînent des réactions psychiques anormales, parce qu'elles « isolent » partiellement les sujets du monde extérieur ? La question mérite d'être posée, mais ne saurait être, à présent, résolue (1).



Il est, en effet, des cas très nombreux d'atrophie cérébelleuse avec troubles mentaux. Mais parmi eux, il est une série dans lesquels l'atteinte mentale a une étiologie bien connue : l'atrophie cérébelleuse n'y est qu'un épiphénomène, c'est-à-dire une lésion « préalable » ou « accessoire », pour employer la terminologie de Klippel et Lhermitte. Citons, par exemple, la démence précoce, où Klippel et Lhermitte, puis H. Claude, Anglade ont décrit des lésions atrophiques du cervelet (2). Plus récemment, Cajal les a étudiées et a trouvé des altérations considérables, superposables à celles décrites dans le Friedreich. Bien entendu, il ne tombe pas dans l'erreur d'attribuer les symptômes hébéphréniques à ces lésions cérébelleuses. On peut en dire autant des atrophies cérébelleuses dans la paralysie générale, dans les différentes formes de l'idiotie amaurotique familiale (Tay-Sachs ; Vogt-Spielmayer ; Bielschowsky). Mais à côté de ces cas, il en existe d'autres bien étudiés et individualisés par Van Bogaert, à qui nous devons plusieurs travaux attachants sur la question. Reprenant la question des atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux dans son ensemble, Van Bogaert pense pouvoir en dégager une classification :

1° *Les atrophies cérébelleuses par lésion infectieuse chez l'adulte ou l'enfant.* — Dans ce groupe d'atrophies consécutives

(1) C'est à des conclusions sensiblement analogues qu'arrivent MM. Guiraud et Ajuriaguerra dans un travail paru ici-même. (*Ann. Médico-Psychol.*, 1934, vol. I).

(2) M. H. DUFOUR décrit même la forme cérébelleuse de la Démence précoce. Il attribuait certains signes de la série catatonique : la catalepsie, la titubation avec perte de l'équilibre, l'embarras de la parole, l'adiadococinésie, les crises de tremblement, aux altérations cérébelleuses décrites par Klippel et Lhermitte. Le cervelet était à la mode, alors ! Il est piquant de constater que, lors d'une autre mode, plus récente, on n'a pas manqué de mettre la catatonie, et non pas seulement le syndrome moteur, à la charge des noyaux opto-striés.

à des foyers inflammatoires survenus au cours d'une infection, Van Bogaert cite celles apparues au cours de la rougeole (Clapton), diphtérie, scarlatine (Spiller), typhoïde (Sepilli), des fièvres mal déterminées (Hamarberg). Le tableau clinique serait celui d'une imbécillité avec ou sans épilepsie, avec, parfois, des hallucinations et des modifications du caractère, le syndrome cérébelleux étant incomplet.

2° Les *atrophies cérébelleuses artério-scléreuses* sont celles qu'on observe chez les lacunaires et dont il y a de nombreux exemples dans la littérature. Les lésions cérébelleuses sont donc d'ordre vasculaire. Le tableau clinique se traduit en général par des troubles mentaux aboutissant à la démence, avec épilepsie fréquente.

3° Les *atrophies cérébelleuses toxiques alcooliques* sont plus rares ; se caractérisent par un tableau clinique où les troubles mentaux, importants, voire démentiels, s'associent à un syndrome cérébelleux. Tels sont les cas rapportés par Bechterew, Schultze, une des observations de Fickler.

Le 4° groupe comprend les *atrophies cérébelleuses de la paralysie générale, qui sont bien connues* (Bielschowsky, Anglade et Latreille.)

Le 5° groupe enfin comprend des *atrophies cérébelleuses sans étiologie connue*.

Van Bogaert a rapporté deux observations appartenant au dernier groupe, dont voici l'essentiel : la première a trait à un homme de 56 ans chez qui se développe un syndrome cérébelleux net, avec démence précoce, Korsakoïde, avec excitation génésique. L'examen histologique montre une atrophie cérébelleuse de type lamellaire et une atrophie de l'écorce fronto-pariéto-occipitale. La 2° observation a trait à une malade de 46 ans chez qui s'installe un syndrome cérébelleux avec troubles mentaux importants : désintérêt, affaiblissement intellectuel rapide, agitation incohérente ; puis confusion mentale paroxystique avec bouffées maniaques, finalement état démentiel. Mort 25 mois après le début. L'examen microscopique montre une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

Dans le même groupe d'atrophies cérébelleuses à évolution subaiguë avec troubles démentiels, on peut classer deux observations anciennes et quatre récentes. Le cas I de Fickler est complexe : chez un diabétique alcoolique, s'installe, à 56 ans, un syndrome cérébelleux avec troubles mentaux, l'examen histologique met en évidence une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Il en est de même dans le cas de Schultze.

Schrader et Kirschbaum ont publié trois cas de malades atteints, entre 40 et 60 ans, d'une affection caractérisée par des troubles démentiels et un syndrome cérébelleux ayant évolué rapidement vers la mort. L'examen anatomique révéla des dégénérescences olivo-ponto-cérébelleuses à degrés différents. Plus récemment, Guillain et Bertrand ont publié un cas d'atrophie cérébrale et cérébelleuse avec troubles démentiels ayant évolué rapidement vers la mort.

Point à retenir : aussi bien, les deux malades de Van Bogaert que les trois de Schrader et Kirschbaum ont été *internés d'emblée*.

Il y a donc, dans ce groupe de faits, plus qu'une coïncidence et, ainsi que le notent Mathieu et Ivan Bertrand, ils réalisent un *syndrome net : troubles cérébraux et psychiques, troubles cérébelleux, évolution subaiguë ou aiguë, début à un âge moyen. Bien plus qu'à une simple conjonction de lésions diffuses, ces auteurs pensent à l'atteinte d'un système cérébro-cérébelleux*. C'est bien ce que montrent les faits anatomiques en attestant l'existence d'une *atrophie olivo-pontine avec démence* (Syndrome de L. Van Bogaert et I. Bertrand).

CONCLUSIONS

1° Dans ce cas de Maladie de Friedreich avec troubles mentaux, l'examen histologique révèle, outre les lésions médullaires et sus-médullaires classiques : 1° des lésions inflammatoires des ganglions rachidiens, 2° des altérations massives du cervelet, prédominant sur la corticalité.

2° L'analyse histopathologique montre que les trois couches du cervelet sont lésées, celle des graines étant la plus sévèrement frappée. L'altération des cellules de Purkinje se traduit par des processus d'atrophie ou d'hypertrophie désordonnée des prolongements, témoignage de l'aptitude réactionnelle spécifique de ces éléments.

3° Les troubles mentaux, d'observation fréquente dans la Maladie de Friedreich, paraissent ressortir à des lésions associées : arrêts de développement, extension du processus dégénératif. Mais la note cérébelleuse peut leur donner une physionomie particulière comme le montrent les cas d'atrophie cérébelleuse dite « olivo-pontine à évolution subaiguë avec troubles démentiels » (Van Bogaert et Bertrand).

BIBLIOGRAPHIE

(On trouvera la bibliographie complète de la Maladie de Friedreich pour la partie physio-clinique dans la thèse de Mollaret, pour l'anatomie pathologique dans le mémoire de C. Estable. Ces remarquables monographies constituent une mise au point serrée de la question).

- ALAJOUANNE, BERTRAND et THUREL. — Sur un cas d'atrophie cérébelleuse avec (biopsie du cervelet) et *Rev. Neurol.*, 1933, I, p. 504 à 515.
- R. DE ARCAUTE. — Sobre algunas alteraciones del cerebelo en la parálisis general. *Bull. de la Soc. de Biol.-Espagnole*, 1912.
- BECHTEREW. — Ueber acute cerebellare Ataxie. *Neurol. Zentralbl.*, 1902, p. 435.
- BIELSCHOWSKY. — Zur Histopathologie und Pathogenèse der Amaurotischen Idiotie, etc. *Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, XXVI, 1921.
- BOGAERT (Ludo van). — Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux. *Comptes rendus du 32^e Congrès des Méd. Alién. et Neur.*, Anvers, 1928, p. 277 à 286.
- BOGAERT (L. Van) et BERTRAND. — Une variété d'atrophie olivo-pontine à évolution subaiguë avec troubles démentiels. *Rev. Neurol.*, 1929, I, p. 165.
- CAJAL (S.-R.). — *Estudios sobre la degeneracion y regeneracion del sistema nervioso* (tome II). Imprenta de Hijos de Nicolas Moya. Madrid 1914. (Il existe une traduction anglaise par R. May, Oxford University Press 1928).
- CAJAL (S.-R.). — Sur quelques lésions du cervelet dans un cas de démence précoce. — *Travaux du Laboratoire de Recherches Biologiques*, etc. Tome XXIII, Madrid, 1925.
- CAJAL. — Los fenómenos degeneracion neuronal del cerebelo. *Trav. du Lab. de Rech. Biol. de Madrid*, vol. IX, 1911.
- CAJAL (S.-R.). — Sur les fibres moussues et quelques points douteux de la texture de l'écorce cérébelleuse. *Trav. du Lab. de Rech. Biol.*, vol. XXIV, p. 215 à 251, Madrid, 1926.
- CLAUDE (Henri). — A propos de l'atrophie cérébelleuse dans la démence précoce. *Encéphale*, 1909, I, p. 161.
- CLAUDE et ROUILLARD. — Syphilis cérébello-spinale avec symptômes ataxo-cérébelleux du type Friedreich. *Rev. Neurol.*, 1913, I, p. 705.
- DOURSOUT. — Sur quelques cas d'atrophie et d'hypertrophie du cervelet. *Ann. Méd. Psych.*, juin 1891, p. 345 à 362.
- H. DUFOUR. — Démence précoce simple. Ensemble de signes imputables à des troubles cérébelleux. Démence précoce de type cérébelleux. *Encéphale*, 1909, t. I, 155 à 158.
- DUPRÉ et LOGRE. — Maladie de Friedreich et débilité mentale avec perversions instinctives. *Encéphale*, 1913, II, p. 557 à 559.
- C. ESTABLE. — 1) Notes sur la structure comparative de l'écorce cérébelleuse et dérivés physiologiques possibles. *Trab. del Lab. d'Inv. Biol.* (Madrid), vol. XXI, 1923. — 2) Contribucion al estudio de la histopatologia de la Enfermedad de Friedreich. *Anales del Inst. de Neur.*, vol. I, Montevideo, 1928, p. 234 à 320, avec 66 microphotos. (Ce travail a paru en allemand dans *Trab. d. Lab. de Inv. Biol.* (Madrid), vol. XXVII, 1931.

- FANANAS (I.-R.). — Contribucion al estudio de la neuroglia del cerebello. *Trab. Lab. Invest. Biol.* (Madrid), vol. XIV, 1916.
- FICKLER. — Klinische und Pathologisch-anatomische Beitrage zu den Erkrankungen des Kleinhirns. *Deutsch. Zeits. f. Nervenhe.*, 41, p. 306 à 375, 1911 (cas 1).
- G. GUILLAIN et BERTRAND. — Sur un type clinique spécial d'atrophie cérébrale et cérébelleuse... *Rev. Neurol.*, 1929, I, p. 577 à 589.
- G. GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET. — Les lésions sus-médullaires dans la maladie de Friedreich. *Soc. de Biol.*, 17, XII, 1932, t. C, XI, p. 965.
- G. GUILLAIN et P. MOLLARET. — La maladie de Friedreich. L'hérédodégénération spino-cérébelleuse. (Considérations cliniques et physiologiques). *Presse Méd.*, 13 nov. 1933.
- B. HASSIN. — A case of amaurotic Family. *Arch. of Neurol. a Psych.* XIV, 1926.
- F. HILLER. — A study of Speech disorders in Friedreich's ataxia. *Arch. of Neur. a. Psych.*, XXII, p. 75, 1929.
- KLIFFEL et LHERMITTE. — 1) Anatomie pathologique de la Démence précoce. *Encéphale*, 1908, t. II, p. 656. — 2) De l'atrophie du cervelet dans la démence précoce. *Encéph.*, 1909, tome I, p. 154 à 161.
- LAFORA (G.-R.). — Neoformaciones dendriticas en las neuronas y alteraciones de la neuroglia en el perro seuil. *Trab. d. Lab. d. Invest. Biol.* (Madrid), XII, 1914.
- J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES. — L'Hypertrophie des Olives Bulbaires. *Encéph.*, XXVIII, p. 588-600, 1933.
- LONG (E.). — Débilité mentale et Maladie de Friedreich. *Encéphale*, 1912, II, p. 486.
- MARINESCO et TRETIAKOFF. — Etude histopathologique des centres nerveux dans trois cas de Maladie de Friedreich. *Rev. Neurol.*, 1920, p. 113-131.
- P. MATHIEU et I. BERTRAND. — Etudes anatomo-cliniques sur les atrophies cérébelleuses. (Prix Charcot, 1928). *Rev. Neurol.*, 1929, I, 721 à 766.
- P. MOLLARET. — La maladie de Friedreich. *Thèse de Paris*, 1929.
- NOLAN. — Three cases of Friedreich's disease associated with genitous idiocy. *Dublin Journ. of Med. Sci.*, 1895.
- SAQUET. — Des troubles mentaux dans la Maladie de Friedreich et dans l'hérédodégénération cérébelleuse. *Thèse de Paris*, 1919.
- SCHOB. — Zur pathologischen Anatomie der Juvenilen Form der Amaurotischen Idiotie. *Zeitschr. f. d. Gesam. N.u. Psych.*, 1912.
- SCHRADER et KIRSCHBAUM, cités par Mathieu et Bertrand.
- SCHROEDER (A.-H.). — La glio-arquitectura del cerebello humano. *Actas de la 1ª Conf. Latino-Americ. de Neurol. Psiqu. et Med. leg.*, vol. 1, p. 260 à 294, 1929.
- STRAÜSSLER. — Die histopathologischen Veränderungen des Kleinhirns bei progressiver Paralyse. *Jahrb. für Psych. u. Neur.*, 1906.
- VILLAVERDE (J.-M.). — Les lésions cérébelleuses dans un cas d'idiotie. *Trab. del Lab. d. Inv. Biol.* (Madrid), vol. XXIII, 1925.
- VILLAVERDE (J.-M.). — Les lésions cérébelleuses dans l'idiotie mongoloïde. *Trav. du Lab. de Rech. Biol.*, XXVII, 1931 (Madrid).
- VINCELET. — Etude sur l'anatomie pathologique de la Maladie de Friedreich. *Thèse de Paris*, 1900.
- WEIGERT (Karl). — Bemerkung über eine Kleinhirnveränderungen bei Tabes dorsalis. *Neurol. Zentralbl.*, 1904, p. 738.

LE SIGNE DU MIROIR DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

P. OSTANCOW

En 1927, M. Paul Abély a présenté, à la Société Médico-Psychologique, un symptôme, qu'il nomma « signe du miroir », rencontré fréquemment dans la démence précoce à la période prodromique et qui, d'après l'auteur, constitue un symptôme alarmant dans l'éclosion parfois torpide de cette psychose.

Au cours des deux années qui suivirent, M. P. Abély recueillit près de trente observations. En 1929, M. Ach. Delmas signala le même symptôme, parallèlement aux observations de P. Abély, dont il n'avait pas connaissance.

Ce symptôme consiste en un besoin qu'éprouvent les malades de s'examiner longuement et souvent devant un miroir ou devant toute autre surface réfléchissante, examinant aussi bien leur visage que toutes les autres parties du corps. Le « signe du miroir » attire l'attention, car il paraît plus fréquent dans le sexe masculin. On l'observe aussi bien chez les sujets vivant dans leur famille, que chez les malades internés. On peut le rechercher en distribuant aux malades de petites glaces de poche, et en installant une grande glace dans la salle de bains, où passent tous les hospitalisés.

Avec la période d'état, ce symptôme peut se transformer en stéréotypie et n'a alors, d'après l'auteur, pas plus de valeur que toute autre stéréotypie des hébéphréniques.

M. Ach. Delmas rapporte l'observation d'un malade qui essayait, devant son miroir, toutes sortes de mimiques variées : il se regardait de face et de profil, tantôt à droite, tantôt à gauche, fronçait et défronçait les joues, faisait la moue avec les lèvres, les écartait pour découvrir les dents, etc.

Interrogés au sujet de ces symptômes, les malades essayent

de les nier. Ils prétendent que : « vous voyez des choses qui n'existent pas ». « Soucis d'esthétique », annonça un malade qui, cependant, ne s'était ni lavé, ni rasé depuis six jours ; d'autres prétendent qu'ils se mirent « pour se distraire et s'amuser ». M. Ach. Delmas est d'avis que ces sujets agissent ainsi d'une façon impulsive et sous l'influence de mobiles dont ils n'ont pas conscience. Nous sommes enclins à partager l'opinion de M. P. Abély qui croit, à juste titre, que ces malades veulent dissimuler les motifs de leur conduite. Parmi les 19 malades de M. P. Abély, 4 étaient attirés vers le miroir par un sentiment vague de désir de contrôler leur visage et l'expression de leurs traits.

M. P. Abély est d'avis que le signe du miroir est un symptôme commun à plusieurs psychoses, mais c'est dans la démence précoce qu'il paraît avoir le plus de fréquence et la plus grande valeur séméiologique.

Dans les mélancolies d'involution, dans certains délires hypochondriaques, il est épisodique, il constitue la réaction de contrôle des troubles cénestopathiques et est accompagné de sentiment d'anxiété et de gestes d'horreur.

Dans la démence précoce ce signe apparaît au début de la période prodromique, alors que le désordre intellectuel est encore peu évident ; il disparaît à la période d'état, se transformant dans des cas rares en stéréotypie (1).

Nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer dans la démence précoce le signe du miroir décrit par M. P. Abély et nous croyons qu'on l'observe dans cette affection sous deux formes :

1° Au début de la maladie, le plus souvent lié aux idées délirantes hypochondriaques et au sentiment d'inquiétude de transformation de la personnalité et du corps du sujet ; le malade se croit atteint de syphilis, il pense noter des changements dans la structure et l'expression de sa physionomie — dont il ne s'explique pas les causes.

Ainsi, un jeune homme, âgé de 21 ans, issu d'une famille atteinte de troubles psychiques et de tuberculose, et qui s'était livré, au cours de plusieurs années, à un examen minutieux de sa figure en restant des heures entières devant une glace, en donne les explications suivantes :

(1) Paul ABÉLY. — Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce. *Annales Médico-Psychologiques*, 1930.

Il croyait, — disait-il, — noter que les personnes de son entourage remarquaient qu'il avait un aspect comique, une très petite tête, un front étroit, toute la structure d'un poulet. Il prétendait avoir entendu dire, quand on parlait de lui, qu'il n'avait pas de nez, et quand, rentré chez lui, il se regardait dans un miroir, il lui semblait en effet que son nez avait changé de forme et que son front était devenu très étroit. Ces sensations faisaient que le malade évitait la société. Il lui semblait que les passants se moquaient de lui, s'écartaient sur son passage pour ne pas le frôler, se bouchaient le nez et la bouche à son approche. Il croyait aussi que quelqu'un répandait le bruit qu'il se livrait à l'onanisme. Le signe du miroir a été observé chez ce malade pendant deux à trois ans, jusqu'à ce que son mal prit un caractère fort accentué, accompagné d'insomnie, du refus de s'alimenter, suivi de syndrome catatonique d'excitation.

Un autre malade racontait dans son journal qu'après avoir tué sa mère il éprouva le sentiment d'une excitation sexuelle si forte qu'il se déshabilla et que tout nu, en présence du corps de sa mère encore chaud, il se livra, devant le miroir, à une masturbation effrénée. Il s'agissait ici d'une psychopathie épileptoïde dont la dégénérescence renfermait les traits de schizoïdie.

2° L'autre variété du signe du miroir que nous avons pu signaler chez les malades atteints de la démence précoce — nous l'avons notée dans les cas avancés, chroniques de démence ataxique. Nous avons installé dans notre salle de consultation, à gauche du malade que nous examinions, un grand miroir pendu au mur. Tout en répondant aux questions que lui posait le médecin qui l'interrogeait — le malade chronique atteint de démence précoce — se détournait de son interlocuteur, tournait la tête et s'examinait dans la glace comme s'il eût voulu suivre l'expression de ses traits au moment où il donnait ses réponses.

Les paralytiques généraux se conduisirent parfois de la même façon. Mais chez eux la genèse du symptôme est, sans doute, autre : chez ces sujets, outre l'élément de stéréotypie, le miroir jouait évidemment le rôle d'un puissant excitateur, attirant à plusieurs reprises et d'une façon passive l'attention du malade.

Ce phénomène est parfaitement en analogie avec celui qu'on observe en examinant le réflexe à la lumière chez les malades organiques, qui, au lieu de vous regarder droit dans les yeux, rendent votre examen plus compliqué, en tournant continuellement la tête du côté du réflecteur. Et l'on est obligé de perdre beaucoup de temps, jusqu'à ce que le malade s'abstienne de tourner la tête du côté d'où vient la lumière. Dans ce cas, le processus réflecteur s'accroît évidemment aux dépens de l'effort de

volonté, tandis qu'au début d'évolution de la démence précoce le signe du miroir est conditionné par un trouble pathologique du sentiment en général. Il est donc provoqué comme consécutif à un sentiment d'inquiétude, d'une menace à la personnalité, ou bien, dans certains cas, pourrait être conditionné par la psychologie du narcissisme.

Il va de soi que le signe du miroir au début de la maladie a une grande valeur diagnostique et pronostique.

Quant au second symptôme du miroir, il est permis de lui donner le nom de symptôme-réflexe. Il ne témoigne que d'un processus organique terminé, abaissant l'intelligence du sujet qui en fait preuve, et chez qui l'attention passive agit avec plus de vigueur que son attention active.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 13 Décembre 1934

Présidence : M. R. MIGNOT, président

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Paul ABÉLY, *Secrétaire des séances*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

PRÉSENTATIONS

Syndrome de Weber centro-latéral et accès délirant mnésique au cours d'une épilepsie bravais-jacksonienne gauche d'origine traumatique (fracture du rocher droit) ; action thérapeutique du cyanure d'hydrargyre, par MM. P. MOLLARET et D. LAGACHE.

Nous croyons intéressant de présenter un malade posant un problème neurologique déjà ancien, doublé d'un problème psychiatrique plus récent, le tout relevant peut-être d'une certaine unicité physio-pathologique, et justifiant quelques remarques d'ordre thérapeutique.

M. B... François, âgé alors de 31 ans, est suivi par l'un d'entre nous, à la Salpêtrière, depuis le 29 octobre 1929, date à laquelle ce malade vint consulter pour des troubles paralytiques datant de quelques jours, mais succédant à une histoire pathologique déjà longue.

Au point de vue héréditaire, il faut retenir que sa mère est morte à 44 ans, après avoir présenté depuis l'âge de 38 ans, une hémiplegie droite et des troubles de langage. Son père, âgé de 59 ans, est bien portant ainsi que son frère âgé de 33 ans ; il a perdu deux frères morts en bas-âge. Il a été marié deux fois, sa première femme ayant demandé le divorce ; il a un fils de 11 ans bien portant.

Au point de vue personnel, on ne relève aucune particularité dans son enfance et son adolescence, sinon de l'irritabilité et de la violence. Il fut fait prisonnier pendant la guerre et aurait été atteint de dysenterie.

Toute l'histoire de la maladie date d'un accident de travail, remontant au 3 septembre 1925, alors qu'il exerçait la profession de chauffeur : ayant pris sa main dans une courroie, il est projeté violemment contre une dynamo et perd connaissance. Transporté à la Pitié, il revient à lui après quelques heures, présentant des hémorragies buccales, nasales et auriculaires. On constate une surdité droite, une perforation du tympan droit et une fracture du rocher du même côté, visible à la radiographie et confirmée par l'apparition, quinze jours plus tard, d'une paralysie faciale périphérique qui rétrocéda en quelques semaines.

Un mois plus tard, alors que le malade se croyait guéri, apparaissent, pour la première fois, des crises d'épilepsie, qui se répètent à raison de deux par semaine. Ces crises présentaient quelques particularités ; elles n'étaient pas toujours généralisées ; la perte de connaissance n'était pas constante ; parfois, il croyait voir des prêtres et des religieuses priant pour lui, il voulait les fuir ; sa mère figurait parmi les religieuses.

Traitées par le gardénal et le bromure, les crises s'atténuent et le malade ne présente plus, pendant trois années, que des absences (deux fois par mois en moyenne). Il avait fait l'objet d'une expertise du D^r A.-P. Marie, qui avait conclu à une invalidité de 48 %.

En décembre 1928, il fait une chute dans un escalier et se fracture les 4^e, 5^e et 6^e côtes gauches, mais guérit sans complications.

Le 21 octobre 1929 il se réveille paralysé du côté droit et constate, en outre, qu'il voit double et que sa parole est gênée. Il est soigné chez lui pendant quelques jours par un médecin qui lui aurait fait des applications électriques, puis se décide à venir à la Salpêtrière.

L'examen à son entrée met d'emblée en évidence un syndrome de Weber, avec hémiplegie droite et paralysie de la III^e paire gauche : la paralysie est discrète au niveau des membres (elle aurait été très marquée les jours précédents) ; par contre, la face est le siège d'une paralysie faciale, de type central (des examens électriques ultérieurs

montreront l'absence de toute hypoexcitabilité). Les réflexes tendineux sont plus vifs du côté droit et il existe un signe de Babinski de ce côté.

L'atteinte de la III^e paire gauche consiste en une paralysie du releveur de la paupière et des muscles droit supérieur et droit interne ; au contraire, le droit inférieur est indemne, ainsi que la musculature intrinsèque ; une telle dissociation témoigne donc d'une lésion nucléaire. Le reste de l'examen oculaire est négatif : les pupilles, le champ visuel, le fond d'œil sont normaux.

Il n'existe aucun trouble cérébelleux ni aucune ataxie ; par contre, la recherche de troubles sensitifs objectifs montre des erreurs indiscutables dans l'appréciation thermique au niveau de la jambe droite.

Le reste de l'examen neurologique est négatif.

Le psychisme est normal.

Il n'existe aucun signe d'hypertension intracrânienne ; la tension artérielle est de 15/8 et l'examen viscéral est négatif ; la température est de 37°1.

L'étiologie d'un tel syndrome de Weber n'apparaît pas avec évidence. Il est difficile d'admettre un rapport avec l'ancienne fracture du rocher, étant donné l'intervalle de 4 années, et le siège controlatéral de cette lésion pédonculaire. Par ailleurs, le malade ne présente aucun symptôme en faveur d'une tumeur ou d'une artériosclérose. Le rôle de la syphilis devait être pris en considération, mais aucun stigmate ne peut être mis en évidence ; néanmoins, un traitement par le cyanure de mercure est entrepris sans attendre les résultats des examens de laboratoire.

L'amélioration est rapide et considérable les jours suivants, l'hémiplégie va disparaître en moins d'une semaine et la paralysie de la III^e paire guérit une semaine plus tard. Les résultats de la ponction lombaire étaient cependant strictement normaux : albumine : 0,22 ; leucocytes : 1,2 par mm³ ; réaction de Pandy, de Weichbrodt et de Wassermann : négatives ; réaction du benjoin colloïdal : 0000002200000000. La réaction de Bordet-Wassermann est également négative dans le sérum sanguin.

Les radiographies du crâne sont normales.

L'examen cochléo-vestibulaire montre une surdité droite et une hyperexcitabilité labyrinthique bilatérale.

Le malade sort le 2 novembre. Il revient consulter le surlendemain parce qu'il a fait la veille cinq crises d'épilepsie bravais-jacksonienne gauche à début brachial. On continue les injections de cyanure de mercure et de gardénal (0 gr. 15 par jour). Les crises s'espacent rapidement et dans les mois suivants le malade ne fait plus qu'une crise mensuelle.

En mars 1930, le malade est ramené en état de mal ; il avait déjà fait la veille une quinzaine de crises. On constate l'existence de crises subintrantes, toujours localisées au côté gauche et laissant dans leur

intervalle une obnubilation intellectuelle marquée. La température est de 38°. Il n'existe aucun symptôme neurologique. Une nouvelle ponction lombaire montre un liquide normal. Le malade est traité par le gardénal (0 gr. 20), la morphine (0 gr. 02), et le cyanure intra-veineux. L'amélioration est rapide, le malade sort après 48 heures, mais revient à la consultation les jours suivants pour terminer la série de 15 injections intraveineuses.

Pendant deux ans, l'état du malade demeure stationnaire. Il prend 0 gr. 15 de gardénal par jour. En temps ordinaire, il ne présente que quelques crises jacksoniennes gauches, très espacées. Cependant, tous les quatre mois environ, les crises se multiplient brusquement, dépassant 10 par jour ; le malade revient aussitôt à la Salpêtrière, réclamant la reprise des injections intra-veineuses qui semblent immédiatement couper cours aux manifestations comitiales.

Cependant, en février 1932, le malade tombe à nouveau en état de mal et il est ramené dans une situation grave, les crises se succèdent avec des intervalles de deux minutes à peine, la température oscille entre 38° et 39°, la déshydratation est extrême, d'autant que l'intolérance gastrique est absolue. Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée, montrant l'état normal du liquide céphalo-rachidien. Le malade est soumis à nouveau aux injections de cyanure de mercure et reçoit trois lavements contenant chacun 0 gr. 20 de gardénal et 20 gouttes de laudanum. La guérison est obtenue en 48 heures. On profite de ce séjour pour refaire un examen complet, avec radiographie du crâne, examen labyrinthique, examen du fond d'œil ; tout est négatif ; il en est de même de la recherche d'œufs de parasites dans les selles.

Pendant les deux années suivantes, l'évolution demeure comparable ; le malade continue à prendre 0 gr. 10 de gardénal et 0 gr. 20 de rutonal ; deux ou trois fois par an, les crises réapparaissent brusquement, sans aucune cause décelable et cèdent à la reprise du traitement par le cyanure de mercure.

Mais en février 1934, le malade dut interrompre la série d'injections en cours à partir de la 7^e, à cause d'une stomatite compliquée d'un abcès dentaire.

Il ne revient à la Salpêtrière que le 12 mars ; il annonce que les crises ont recommencé depuis la veille et désire la reprise des injections, d'autant que sa bouche est guérie. On acquiesce à son désir, mais il fait défection à la 4^e piqûre. La suite de son histoire va se passer à l'Asile Ste-Anne. En effet, le malade entre au service d'admission de l'asile clinique, dans le service du Dr Simon, le 18 mars 1934, venant de l'Infirmierie spéciale avec le certificat suivant :

« Idées délirantes polymorphes de persécution, de jalousie et d'influence chez un épileptique de type brava-jacksonien. Un jeune homme de 21 ans a séduit sa femme ; celle-ci veut le faire tuer pour toucher une assurance de 10.000 fr. Ses concierges, ses voisins, la

police s'entendent avec sa femme pour se débarrasser de lui. Le concierge, par des courants électriques, fait marcher ensemble les pendules, les réveils, les montres : « Ça ne marque pas les minutes. » Il a senti les courants dans les membres. Idées de suicide. Veut mourir : « J'en ai assez de la vie, dans une heure je ne serai plus là. » Pas de confusion. Anxiété. On va le tuer, lui apporter un « bouillon de onze heures ». Agitation très violente à son domicile contre sa femme. Cris, hurlements.

« Crises épileptiques depuis un accident de travail en 1926 (fracture du crâne ?). D'abord, crises généralisées avec perte de connaissance. Puis, crises de caractère jacksonien. Pension d'invalidité, 48 % (accident de travail). Actuellement, en traitement libre à la Salpêtrière. Examen physique difficile. Opposition. Hargne. Ne paraît pas avoir de signes neurologiques. Une ponction lombaire serait négative (Salpêtrière). » (Signé : Dr Heuyer).

Dès l'entrée, le malade est adapté à l'interrogatoire ; il est orienté dans le temps et dans l'espace ; il se souvient des faits qui ont précédé et motivé l'internement ; il se rend compte du caractère délirant de ses propos et de ses actes ; cependant, il est très fatigué et les réponses manquent de précision. Plusieurs crises convulsives à type brava-jacksonien sont signalées par le personnel. Le 20, nous sommes témoins de l'une d'entre elles : le bras gauche est en adduction, l'avant-bras fléchi est le siège d'amples secousses que la main droite s'efforce de limiter ; le tronc s'incline de plus en plus vers la droite et le malade assis sur une chaise tomberait s'il n'était retenu. Aux membres inférieurs, aucun phénomène convulsif ; le réflexe plantaire est normal.

Voici les points essentiels du récit que B... fait de son délire, récit entièrement conforme à celui de la femme, interrogée le 19, alors qu'elle ne l'avait pas vu depuis l'entrée à l'Infirmierie spéciale.

B... reste au lit du 12 au 17 mars et n'en sort que pour aller à la Salpêtrière se faire faire une injection de cyanure. Il continue à prendre régulièrement gardénal et rutonal. Il affirme n'avoir fait aucun excès de boisson, mais il fume beaucoup. Au point de vue psychique, il se montre mécontent et irritable : le travail ne marche pas, le temps lui paraît long, et il aurait manifesté quelques préoccupations jalouses.

Il consacre la journée du 17 à déplacer un linoléum, aidé par un jeune voisin et ami. Il y avait « quelque chose qui ne marchait pas » ; il était de mauvaise humeur, tout l'agaçait ; il se sentait mécontent de son sort, de lui-même, de sa femme, avec laquelle il « se chicanait ». Au dîner, il boit, comme d'habitude, une petite quantité de vin. Ayant oublié de prendre son rutonal avant le repas, il le prend en se couchant, se promettant de prendre son gardénal la nuit « pour être à jour ». Il se couche vers 10 h. 30. C'est à partir de ce moment que l'angoisse croissante passe rapidement à l'agitation.

Il a le sentiment que le temps s'écoule plus lentement que de coutume ; voici les propres termes qui traduisent ce sentiment : « Le réveil, la pendule et la montre marchaient exactement pareil. Une minute indiquée valait plus de dix minutes d'une autre pendule. Je voyais l'aiguille ; elle ne marchait pas normalement... Le réveil et la pendule ne marchaient pas selon moi. Ils marchaient ensemble. Une minute donnait au réveil comme à la pendule l'effet de dix minutes. J'ai flanqué le réveil sur le parquet. » Il avait le sentiment que quelque chose n'allait pas dans la maison, qu'elle était hantée, qu'elle leur porterait malheur.

Lui-même se sent très mal à l'aise : « L'agonie, dit-il, est longue à venir. » Il a l'impression qu'il se vide, qu'il se dessèche comme un bout de bois, qu'il va mourir.

Dans cette conviction il réclame des tenailles pour s'arracher des dents en or et les donner à sa femme. Il prend des dispositions pour que l'assurance sur la vie qu'il a contractée soit touchée par elle, et pour que ses obsèques soient célébrées civilement dans son pays natal.

Mais l'attitude envers la femme est ambivalente. Tout l'entourage lui paraît hostile : « Je voyais qu'ils étaient tous d'accord contre moi. » Il soupçonne sa femme et son voisin de le tromper. Son voisin, le concierge lui « portent la poisse ». Sa femme veut le faire mourir pour toucher la prime d'assurances ; elle lui a apporté un « bouillon de onze heures ». Il reçoit très mal les voisins que la femme appelle à son secours, surtout un Italien. Comme il s'agit de plus en plus on est forcé de le maîtriser : couché sur le sol et maintenu par trois hommes, il sent des courants électriques dans les membres, surtout dans le bras gauche, et pense que ces courants proviennent de fils cachés dans le linoléum. On appelle Police-Secours : il accuse les agents de vouloir coucher avec lui et essaye vainement de se sauver. Enfin, il est conduit à l'Infirmierie spéciale.

Il reconnaît pleinement le caractère délirant de ses convictions, de ses propos et de ses actes. Il ne pouvait y avoir de courants sous le linoléum, puisque le linoléum est un isolant et, qu'au surplus, il l'avait remis en place lui-même et le jour même. Il pense qu'il a eu une crise nerveuse un peu plus forte que d'habitude.

Sur les indications de l'un d'entre nous, on reprend la série interrompue des 15 injections intraveineuses de cyanure d'hydrargyre et il est remis au gardénal à raison de 20 cgr. *pro die*. Les crises cessent, il se rétablit rapidement et peut sortir en liberté le 21 mars.

Depuis cette date le malade s'est retrouvé dans la même situation qu'antérieurement. En particulier, en août 1934, il a été repris de crises jacksoniennes rapprochées et a fait un court séjour à la Salpêtrière. Les injections de cyanure de mercure ont eu leur effet habituel.

L'intérêt d'une telle observation nous paraît multiple.

Au point de vue neurologique, les seuls faits précis résident dans la nature traumatique probable du syndrome jacksonien. Celui-ci est apparu un mois après la fracture de la base du crâne et le siège des lésions correspond au côté de la fracture. La périodicité de la reprise des crises demeure certes mystérieuse, mais n'infirmé nullement une telle étiologie.

Le premier point inexpliqué concerne le syndrome de Weber apparu subitement en 1929. Il impliquait une lésion pédonculaire certaine mais de siège contro-latéral. On doit certes en discuter les rapports éventuels avec le traumatisme ancien, plusieurs hypothèses pourraient être formulées, mais aucune ne nous paraît pouvoir revendiquer la moindre preuve. Par ailleurs, une coïncidence méritait d'être discutée : telle que celle d'une tumeur, lésion vasculaire, syphilis ; mais là également, aucun argument de valeur n'a pu être fourni.

Un deuxième point aussi curieux réside dans l'efficacité thérapeutique du cyanure de mercure. Celle-ci s'est manifestée, d'une façon éclatante, tant sur le syndrome de Weber, que sur les états de mal successifs. Il ne saurait s'agir d'une action antisypilitique, comme le prouve en particulier l'intégrité du liquide céphalo-rachidien, maintes fois constatée au moment où les différents accidents revêtaient, au maximum, un caractère évolutif. Nous savons fort bien d'ailleurs que le pouvoir — disons résolutif — du mercure déborde certainement le domaine de l'infection tréponémique. Il n'en demeure pas moins que, chez ce malade, la médication mercurielle apparaît comme une véritable médication d'urgence. Ce caractère réapparaît d'ailleurs à propos du dernier groupe de faits à discuter, ceux qui ont amené le séjour du malade à l'asile Ste-Anne.

Les phénomènes psychopathiques rapportés doivent-ils être rattachés à la comitialité ?

L'existence d'accès délirants mnésiques au cours de l'épilepsie est bien connue ; en l'espèce, le fait qu'il s'agit d'une épilepsie bravais-jacksonienne d'origine traumatique soulève d'autant moins de difficulté qu'il y a eu, au début, épilepsie généralisée avec épisodes de confusion onirique et qu'au cours de l'évolution, sont survenus plusieurs états de mal caractérisés par des crises bravais-jacksoniennes subintrantes et de la confusion mentale. On ne voit d'ailleurs pas quelle autre hypothèse faire sur la nature du délire. Ses caractères mêmes, sa structure et son évolution plaident dans le même sens : lenteur du temps vécu, discordance du temps vécu et du temps objectif ; dysesthésie,

sentiment d'imminence de la mort, idées d'empoisonnement ; étrangeté inquiétante de l'ambiance ; sentiment d'hostilité de l'entourage, réactions paranoïaques, jalousie néoformée ; agitation, agressivité, il n'est presque pas un trait qui n'ait la tonalité comitiale ; aucun ne jure avec ce diagnostic ; ajoutons la constitution rapide du délire, son décours en quelques heures. Ce délire a d'ailleurs coïncidé avec la reprise des crises, constatées avant et après ; au cours même du délire, le malade interprète comme des secousses électriques dues à des fils cachés sous le linoléum les convulsions qui se produisent surtout au niveau de son bras gauche. Les prodromes qui ont précédé le délire sont analogues à ceux qui ont précédé, en d'autres circonstances, l'état de mal. Le contraste du délire avec la personnalité du malade constitue un dernier argument : sans doute, il y a toujours eu chez lui, avant même le traumatisme, un fond d'irritabilité et de violence ; mais il ne s'agit nullement d'un paranoïaque ; en particulier, la jalousie ne se serait jamais manifestée en dehors de l'épisode décrit ; et le malade, actif et euphorique, ne présente pas non plus la morosité et la viscosité mentale souvent observées chez les comitiaux, ainsi qu'il est d'ailleurs habituel dans les épilepsies traumatiques.

Epilepsie psychique traumatique,
par MM. L. MARCHAND et R. MICOUD.

Les cas d'épilepsie mentale traumatique sans accidents convulsifs sont rares. L'observation suivante nous a paru surtout intéressante en raison de la variété des divers accidents psychiques.

Pen... Yves est âgé de 48 ans ; il est l'aîné d'une famille de sept garçons. Ses frères sont bien portants. Ses grands-pères, morts vers la quarantaine, étaient probablement alcooliques. Rien de particulier dans son enfance. Il a obtenu le certificat d'études à 12 ans. Il a fait la guerre comme sous-officier dans le Génie et il garde des souvenirs nets de la campagne d'Orient à laquelle il a participé. Pas de blessure, pas de dysenterie, pas de paludisme. Excès éthyliques. Après sa démobilisation, en 1918, il reprend son métier de plombier.

Au cours de son travail, en 1919, à l'âge de 33 ans, il fait dans un égoût une chute d'une douzaine de mètres. Il se rappelle nettement les circonstances de l'accident qui a été causé par la maladresse alors qu'il déplaçait de lourds matériaux dans une position inconmode. Il est tombé sur le sommet du crâne et il fut transporté à l'hôpital dans le coma qui dura environ 6 jours. Écoulement sanguin de l'oreille

droite qui devint purulent. Deux mois après sa chute il fut opéré à Saint-Antoine : trépanation de la mastoïde droite. Cette première opération n'ayant pas tari son otite purulente, il fut opéré à nouveau deux ou trois mois après : évidemment pétro-mastoïdien qui ne laissa pas de séquelle si ce n'est quelques maux de tête.

En 1926, comme un pus fétide s'écoulait de nouveau de son oreille, il se fit opérer une troisième fois : évidemment labyrinthique. Après l'opération, le malade présenta immédiatement des vertiges et une paralysie faciale ; la paralysie faciale du type périphérique nécessita la suture des paupières droites en raison de la lagophtalmie. Vertiges très intenses ; au moindre déplacement il voyait tout tourner. On dut le mettre en chambre noire pendant 1 mois 1/2, après quoi les vertiges furent un peu moins intenses, mais persistèrent. Après cette dernière opération Pen... commença à présenter des absences, qu'il appelle ses oublis, de très courte durée, pendant lesquelles il lui arrive de perdre des objets. Mais en raison de leur brièveté, il s'en aperçoit immédiatement.

Des troubles plus graves apparurent ensuite. On peut résumer ainsi les diverses modalités des accidents :

1° des pertes de conscience d'une durée de quelques secondés à une demi-heure avec inhibition motrice. C'est ainsi qu'il lui arrive, pendant qu'il joue aux cartes, de rester quelques instants sans savoir ce qu'il fait, mais il reprend immédiatement la suite de ses idées. Au cours d'une conversation, il s'arrête au milieu d'une phrase, puis reprend la phrase qu'il prononçait. Dans les pertes de conscience plus longues, il reste assis, ne parlant pas, ne comprenant pas ce qu'on lui dit.

Parfois il a quelques mouvements automatiques, semblant chercher quelque chose autour de lui. Plusieurs fois il a été reconduit chez lui par des agents de son quartier ou par des camarades « qui connaissent sa maladie » ;

2° des accès d'automatisme ambulatoire avec comportement correct qui ont une durée de quelques heures à deux jours. Gardien de nuit il a quitté plusieurs fois son poste et a repris conscience dans des lieux plus ou moins éloignés. Il s'est ainsi retrouvé à Saint-Ouen, à Saint-Denis, à Corbeil, à Longjumeau, à Savigny-sur-Orge. Après une phase crépusculaire d'une dizaine de minutes il reprend complètement conscience. Il reste étonné de se trouver dans un endroit qu'il ne connaît pas, ignorant comment il y est venu. Il se renseigne alors auprès des gens qu'il rencontre, ou va lire les bornes kilométriques et les poteaux indicateurs. Ces fugues, il croit les avoir toujours faites à pied. Il n'a jamais rien perdu ni rien volé, il n'est jamais rentré avec des vêtements sales ou déchirés. Il revient généralement par le train et durant quelques heures il ressent de violents maux de tête, il suppose qu'il ne mange pas, qu'il ne boit pas. Il ne dépense pas d'argent, il retrouve la même somme qu'il avait sur lui avant son départ. Il doit

uriner en prenant les précautions commandées par la pudeur, car jamais il n'a été inquiété. Il n'a jamais uriné dans son pantalon. Il doit se garer des voitures, jamais il n'a eu d'accident. Il doit se mettre à l'abri quand il pleut, car ses vêtements sont secs, même quand il a fait mauvais temps ;

3° des accès d'automatisme ambulatoire avec comportement incorrect. Au cours d'un de ces accès, en juillet dernier, il est parti de chez lui vers 8 heures, pour aller voir son neveu à Juvisy. Il se souvient qu'il est allé à la gare d'Austerlitz. Il a été reconduit chez lui en taxi par des agents. C'est chez lui vers dix heures qu'il a repris connaissance. D'après les renseignements qu'il a pu obtenir, il était à la gare d'Austerlitz quand il s'est mis à déambuler sur les voies principales où il a failli se faire écraser.

Il y a lieu de noter que tous ces accidents surviennent sans aura, le malade passant brusquement d'un état de lucidité à la suspension de l'activité cérébrale supérieure. Ils sont suivis d'amnésie totale. Ce sujet n'a jamais présenté de crise convulsive, ni de vertiges épileptiques avec chute.

Le 5 septembre dernier, il avait passé la nuit comme gardien-veilleur dans un chantier quand il fut pris d'une absence, le matin vers 7 h. 1/2. Il n'avait pas éteint les lanternes. Comme il ne parlait pas, ne comprenait pas ce qu'on lui disait, il fut pris pour un fou par les ouvriers qui venaient à leur travail et fut conduit à la Pitié. Il ne reprit conscience que dans l'après-midi et fut tout étonné de se trouver à l'hôpital. Le lendemain on lui fit une prise de sang et une ponction lombaire et on l'envoya à l'hôpital H.-Rousselle où il présenta de nouveau un état confusionnel qui nécessita son internement à l'asile Sainte-Anne. Après son entrée dans notre service, la confusion disparut en quelques heures. Depuis, le malade n'a eu que de simples absences de quelques secondes dont lui seul s'est aperçu.

Outre plusieurs cicatrices du cuir chevelu au niveau des régions pariétales, on constate chez ce malade une dépression très profonde au niveau de la mastoïde droite avec « évidemment de l'oreille interne et suppression de toute fonction auditive » (note du spécialiste). Audition normale du côté gauche. Au point de vue neurologique, paralysie totale du facial droit. L'épreuve de la déviation labyrinthique des index est positive. Signe de Romberg avec chute du côté droit. Vertiges conscients déclanchés par les déplacements brusques du corps, principalement dans le mouvement de demi-tour. On constate un léger tremblement de la langue et des doigts. Les réflexes tendineux sont exagérés, les achilléens sont faibles. Les pupilles sont égales et réagissent.

Le malade nie la syphilis ; les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang.

L'état mental est normal en dehors des accès d'épilepsie psychique. Aucun affaiblissement de la mémoire. Le jugement est intact. L'activité cérébrale est bien conservée. Pas de trouble du caractère.

Disparition des cauchemars avec zoopsies, des rêves de catastrophes, de cadavres, en rapport avec l'éthylisme chronique. Maux de tête fréquents.

En résumé, un sujet subit un traumatisme cranien grave à l'âge de 33 ans ; fracture du rocher du côté droit avec otite purulente consécutive qui nécessite la trépanation de la mastoïde ; sept ans plus tard, nouvelle intervention consistant en l'évidement de l'oreille interne. Peu après cette dernière opération, apparition des premières absences avec inhibition motrice variant, d'une durée de quelques secondes à une demi-heure, puis des accès d'automatisme ambulateur, tantôt avec comportement correct, tantôt, mais plus rarement, avec comportement incorrect. Jamais il n'a présenté de crise convulsive, ni de vertige avec chute et l'affection évolue depuis quinze ans.

L'épilepsie traumatique se traduit le plus souvent soit par des crises d'épilepsie jacksonienne, soit par des crises d'épilepsie convulsive généralisée avec phénomènes post-paroxystiques fréquents. Dans certains cas, l'épilepsie psychique apparaît d'abord et les crises convulsives ne surviennent que plus tard, ou bien les accès convulsifs restent rares par rapport à la fréquence des équivalents psychiques. Comme observations d'épilepsie traumatique ne se manifestant que par des accidents mentaux, nous n'avons pu relever que celles de Gerstacker (1), de Dubuisson (2), de Drapes, de Stcherbakoff (3), de Juquelier et Quellien (4), de Claude (5).

Il est enfin curieux de noter que notre sujet, qui a été ramené bien des fois chez lui par des agents alors qu'il était en état d'inconscience, n'avait, jusqu'alors, jamais été interné. Cette particularité serait due au comportement du sujet qui, lui a-t-on dit, se laisse conduire sans la moindre résistance pendant ses accès psychiques ; jamais il n'a commis d'actes délictueux.

M. RAYNEAU. — J'ai vu un syndrome analogue apparaître à la suite d'une insolation chez un ouvrier de Pithiviers qui avait

(1) GERSTACKER. — Un cas d'épilepsie psychique. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XIV, 4.

(2) M. DUBUISSON. — De la folie traumatique. *Congr. ann. de méd. ment.*, Rouen, 1890, p. 259.

(3) STCHERBAKOFF. — Deux cas d'équivalent épileptique aigu développé après un traumatisme. *J. de neurol. et de psych. de S.S. Korsakow*, 1907.

(4) JUQUELIER et QUELLIEN. — Epilepsie larvée par traumatisme de guerre (commotion cérébrale). *Soc. méd. psych.*, 21 mai 1917.

(5) H. CLAUDE. — Psychose épileptique d'origine commotionnelle à forme excito-dépressive. *Soc. de psychiatrie*, 18 décembre 1919.

passé un dimanche d'été à bêcher son jardin. A la fin de la journée, il se plaignit du mal de tête, alla se coucher dans sa chambre et, le lendemain, se retrouva, à l'aurore, dans un fossé à 40 kilomètres de là, près de la gare des Aubrais, sans savoir comment il y était venu. Il rentra chez lui où pendant 8 jours sa femme le garda enfermé à la maison, ayant 5 ou 6 impulsions à la fuite quotidiennement. Au cours d'une de ces impulsions, il échappa à la surveillance conjugale et se retrouva le lendemain à Etampes. On se décida à le placer à Fleury-les-Aubrais, où il ne resta que 15 jours. Pendant les premières journées, il lui arrivait d'exécuter jusqu'à 17 fois en 24 heures des tentatives de départ inconscientes. Puis, sous l'influence du bromure et des bains, tout rentra dans l'ordre.

Abolition de la spontanéité psychique par alcoolisme, par MM. Paul COURBON et Louis MARS.

Le syndrome dont est porteur la femme que nous présentons est constitué par la perte absolue de l'activité psychique spontanée, avec conservation relative de l'activité psychique réflexe : alors qu'abandonnée à elle-même, elle est aussi inerte psychiquement qu'un être réduit à la vie végétative, elle est capable de répondre, avec une instantanéité normale par une ébauche de réactions assez bien adaptées, aux sollicitations exercées sur elle.

Cette instantanéité des réponses et l'exactitude de leur orientation empêchent d'appliquer au syndrome l'étiquette de torpeur intellectuelle.

Mme F..., âgée de 45 ans, est entrée à Vaucluse il y a 18 mois, avec des signes physiques d'alcoolisme : facies couperosé, tremblement de la langue et des doigts, subictère et un syndrome d'amnésie et de confusion mentale. Ce que l'on sait des antécédents est que depuis des années, elle tenait avec beaucoup de négligence le ménage de son mari, humble ouvrier peu exigeant et très peu intelligent, et qu'elle buvait pas mal d'alcool.

Son état s'est un peu amélioré, mais depuis des mois, il s'est stabilisé au niveau suivant :

Elle a perdu toute spontanéité. Assise dans un coin de la salle ou debout dans la cour, elle reste figée, immobile. Pas un trait de son visage ne bouge, pas un mouvement de ses membres qui trahisse le besoin de changer de place ou de s'occuper à quelque chose. Au milieu de gens qui causent ou qui s'amuse, elle observe le même

silence, elle garde la même immobilité ; elle ne connaît personne, ne s'est liée avec personne.

Jamais, elle ne demande à travailler. On la place dans n'importe quel quartier, on l'installe à n'importe quelle place, on la laisse au lit, on la met dans la cour, c'est en souriant qu'elle obéit. On la prendrait pour une catatonique sans l'adaptation de ses réponses qui prouvent que la malade n'est pas vide de toute idéation.

Elle répond avec correction aux questions et sur un ton qui paraît exprimer quelque intérêt ; mais elle se refuse à tout effort pour corriger la réponse si elle est insuffisante. Elle se borne à répéter : « Je ne sais pas. »

Si on lui présente un travail, elle s'y met aussitôt. On lui donne du linge à raccommoder, aussitôt, elle va s'asseoir près de la fenêtre, demande du fil et des aiguilles, regarde la réparation à effectuer et commence, mais au bout de quelques minutes, elle s'arrête, et si on ne la réentraîne pas, reste indéfiniment rêveuse. L'envoie-t-on à l'épluchage, elle prend une bassine, y met les légumes et, à l'aide de son couteau besogne correctement, tant qu'on lui parle et qu'on attire son attention sur ce qu'il lui reste à faire.

Lui dit-on de balayer, elle va chercher le balai, demande où il est si elle ne le trouve pas, apporte le chiffon et se met en devoir de balayer, pour s'arrêter bientôt et rester pendant des heures à bayer aux corneilles si on ne la sollicite plus. Si les infirmières l'appellent pour les aider à changer une malade, elle accourt et les aide efficacement, leur signalant même ce dont elles peuvent avoir besoin pendant cette collaboration pour la mener à bien.

On peut lui dérober des instruments de travail, la friandise qu'elle était en train de manger, elle ne s'en aperçoit pas. Au parloir, sa conduite et sa conversation avec son mari sont apparemment celles d'une femme heureuse de retrouver un époux et de s'entretenir avec lui. Elle a même des élans érotiques. Mais on peut l'interrompre brusquement et la ramener avant la fin du parloir sans qu'elle proteste. Il peut rester des semaines, des mois sans venir, elle ne s'en plaint pas ; elle lit ses lettres disant qu'elles lui font plaisir, mais elle ne lui répond jamais. Jamais, elle ne demande spontanément sa sortie, jamais elle ne réclame un changement de nourriture, n'adresse aucune plainte, n'exprime aucun désir. Elle ne connaît le nom d'aucune infirmière, d'aucune malade bien qu'elle fasse un bout de causette avec celles qui insistent un peu pour lui parler. Elle ne lit rien.

• En résumé : passivité, perte totale de la spontanéité, neutralité affective avec conservation d'un automatisme adapté, mais rapidement épuisé.

L'examen de la mémoire prouve que si le déclenchement de certains souvenirs exacts est possible, beaucoup d'autres sont abolis. Elle dit avec exactitude la date de sa naissance, de son mariage, du début et de la fin de la guerre, elle connaît son âge, quand elle revient

du parloir, car son mari qui réclame sa sortie avec insistance lui fait la leçon pour qu'elle paraisse améliorée aux yeux du médecin. Mais elle est incapable de ces réponses le lendemain.

Son jugement est assez conservé pour lui permettre de reconnaître l'absurdité de certains tests simples, « sauter par-dessus son ombre ». Mais elle ne peut faire de tête une soustraction élémentaire, tandis qu'elle récite assez bien la table de Pythagore.

Sous l'influence de l'excitation, si on lui parle brusquement, si on lui fait des reproches en l'accusant de paresse ou d'ivrognerie, elle recouvre l'usage des raisonnements tout faits pour se disculper et elle les formule avec une vivacité qui rappelle la colère : « Je ne suis pas plus paresseuse qu'une autre ; je n'ai pas de journal ; je n'ai pas vu le calendrier ; je ne faisais pas attention ; je pensais à autre chose ; je ne fais de mal à personne ; je veux partir ; j'en ai assez d'être ici. Je peux me suffire. J'étais malade. Ça ne sert à rien d'avoir de la mémoire. » Et si l'on insistait, elle en viendrait aux injures. Mais quelques instants après, elle a tout oublié et sourit à son interlocuteur comme si rien ne s'était passé.

Les signes physiques d'alcoolisme constatés à son arrivée, il y a 15 mois, ont notablement regressé, notamment les réflexes rotuliens sont revenus.

En somme, il s'agit donc d'une femme de 45 ans, entrée il y a un an dans le service avec un syndrome de confusion mentale onirique, qui, à l'heure actuelle et depuis plusieurs mois, a perdu complètement toute spontanéité psychique, mais qui, malgré cette inertie constante, ébauche avec instantanéité normale des réactions adaptées aux sollicitations extérieures, réactions qui avortent rapidement.

Un tel état offre un intérêt clinique et étiologique :

I. Au point de vue clinique, on retiendra trois particularités : le contraste entre l'inertie spontanée et l'activité automatique, le contraste entre cette inertie spontanée et l'irritabilité du psychisme, le contraste entre la capacité théorique et l'incapacité pratique de ce psychisme.

a) *Contraste entre l'inertie spontanée et l'activité automatique.* On est frappé tout d'abord par l'inertie spontanée de cette femme qui semble vide de toute pensée, de tout sentiment, et par la correction des réactions qu'elle ébauche dès qu'on les provoque.

Spontanément, elle ne s'occupe à rien, ne manifeste aucune activité intellectuelle ou physique, n'exprime aucun désir, ne profère aucune parole. Elle mène une vie purement végétative. Cependant, elle est immédiatement présente dès qu'on s'adresse à elle, et vous répond par un acte ou une parole adaptée. La con-

duite est orientée immédiatement d'une manière correcte, mais elle avorte si on ne prolonge pas l'excitation. Et, à la première difficulté d'exécution, l'avortement a lieu, en dépit du renouvellement des excitations. Tout effort est impossible.

Avec une ponctualité parfaite, elle accomplit tous les actes de la vie collective de l'asile : procéder à sa toilette, se mettre à table, se promener. Elle est d'un gréganisme impeccable. Lui donne-t-on un ordre de sa compétence de femme du peuple, elle s'empresse de l'exécuter : coudre, laver, faire un lit, aider à porter un objet, faire une commission. Mais au bout de deux minutes, elle s'arrête, n'y pensant plus.

Aux questions, elle répond parfois avec une précision très grande. Mais si la réponse n'a pas jailli du premier coup, elle n'essaye pas de l'évoquer, ou si elle a été inexacte, elle n'essaye pas de la rectifier. Elle se lance dans des explications faciles, invoquant la perte de la mémoire, la fatigue, la maladie, pour excuser sa défaillance.

Au point de vue intellectuel, son attention et sa mémoire paraissent donc très troublées puisqu'elle s'égare sur le chemin de l'atelier qu'elle parcourt plusieurs fois par jour, puisqu'on peut lui soustraire des objets : aiguilles, journaux, etc., sans qu'elle s'en aperçoive, puisqu'elle ignore le nom et la qualité de ses compagnes ; or, elle dit avec exactitude son âge, les dates de la guerre, la date de son mariage, l'âge de son enfant.

Au point de vue du jugement, on s'attend à trouver une absence de tout sens critique chez un être aussi inerte, dont l'activité s'épuise à boire, à manger et à dormir ; or, elle résout correctement les tests d'absurdité et ne tombe pas dans les sophismes qu'on lui tend et elle trouve des explications, superficielles il est vrai, mais cohérentes pour excuser ses oublis et ses erreurs. Au point de vue affectif, elle ne manifeste ni désir, ni répulsion, ni sentiment conjugal ou autre, or, si on lui parle, elle se montre polie, aimable, a des gestes affectueux et même érotiques quand son mari est près d'elle.

Au total, c'est la spontanéité et l'effort qui sont atteints chez elle. Et le mot paresse pathologique est celui qui convient le mieux pour décrire un tel état, puisqu'elle ne fait rien, alors qu'elle possède encore certaines aptitudes à l'action.

Cette paresse pathologique peut être l'expression soit d'une confusion mentale, soit d'une démence, et ne suffit donc pas à trancher le diagnostic.

b) Le contraste entre l'inertie spontanée et l'irritabilité réactionnelle est aussi frappant. Cette femme inerte comme une

momie entre pour peu qu'on la secoue dans un état d'excitation croissante. Avec une volubilité tenace, elle se disculpe en gesticulant, entrant dans un véritable accès de colère pathologique. Cette irritabilité est un élément important pour le diagnostic étiologique car il plaide, ainsi qu'on le verra plus loin, pour l'alcoolisme.

c) Mais l'élément le plus convaincant pour l'établissement du diagnostic clinique, est le caractère purement théorique de la capacité psychique sous-jacente à cette inertie. Cette femme, malgré la perte de sa mémoire, converse assez bien. Elle se défend avec une certaine opportunité. A s'en tenir sur le plan de la parole, elle paraît relativement peu troublée. Mais pratiquement, elle ne fait rien de bien. Elle ne sait pas raccommorder des chaussettes, elle ne sait même pas éplucher convenablement des légumes et elle n'agit pas conformément aux exigences des sentiments qu'elle exprime : sa conduite étant celle de l'indifférence envers ses parents et envers sa propre situation à elle. Pour employer l'expression de l'un de nous, elle a conservé la rhétorique (1) qui est l'art de bien dire, mais elle a perdu l'art de bien faire ce qui est un signe pathognomonique de démence.

Dans la confusion mentale au contraire, le malade parle aussi mal qu'il agit. Le brouillard qui l'empêche d'agir, l'empêche encore plus de penser et de parler avec cohérence. C'est donc à un état démentiel et non confusionnel qu'on a à faire.

II. Au point de vue étiologique, on retiendra l'argument clinique de l'irritabilité d'humeur. Les colères pathologiques ressortissent presque toutes à l'épilepsie ou à l'alcoolisme.

Ici, il n'y a aucun signe ni aucun antécédent d'épilepsie. Par contre, il existe des signes cliniques d'imprégnation alcoolique : le tremblement de la langue et des doigts. A l'arrivée de la malade, on notait de la confusion mentale, du subictère. Enfin l'enquête a appris que cette femme faisait des excès de boisson.

Signalons que la malade entra avec une abolition des réflexes rotuliens constatée par nous et que les médecins de l'hôpital Tenon avaient signalée sur le certificat d'évacuation. Ce n'était

(1) COURBON. — Les états psychopathiques latents et les séquestrations arbitraires (*Informat. des aliénistes*, 1921).

COURBON et BAUER. — Apparence d'auto-critique par conservation de la rhétorique automatique (*Société de psychiatrie*, février 1924. *Journal de psychol.*, 1924).

COURBON. — Capacité pratique et capacité théorique. Discussion de la communication de Simon et Larivière (*Ann. médico-psychol.*, 1932, T. I, p. 589).

pas étonnant car la polynévrite éthylique est fréquemment associée aux états d'amnésie et d'inertie psychique.

Ce qui mérite surtout d'être retenu à ce propos, c'est le retour d'une réflectivité rotulienne normale. C'est là un signe de régression de l'intoxication alcoolique que l'on rencontre rarement.

En résumé, nous croyons qu'il s'agit d'un de ces états de déficit intellectuel incurables, à prédominance d'amnésie et d'inattention, qui sont en rapport avec une imprégnation éthylique du système nerveux central et périphérique et qui, lorsqu'ils sont plus accusés, réalisent le syndrome de Korsakoff.

Troubles mentaux et lésions phagédéniques multiples,
par MM. Paul COURBON et Louis MARS.

Nous amenons une malade qui présente des troubles de la mémoire et du jugement ainsi que de multiples cicatrices de lésions phagédéniques disséminées sur tout le corps.

L'intérêt de son cas réside dans le rapport qui peut exister entre ces lésions phagédéniques et les troubles mentaux.

Il s'agit d'une femme de 62 ans qui a été internée le 16 octobre dernier avec le certificat suivant du docteur Dupouy : « Est atteinte de démence artériopathique évoluant sur un terrain spécifique. Affaiblissement intellectuel. Dysmnésie et désorientation progressive. Ne sait où elle est. Elle est venue pour sa bronchite. Onirisme délirant, se plaint d'un boucan nocturne occasionné par des malfaiteurs. Voit des cambrioleurs. Agitation, ambulation en chemise chez elle. Serait ainsi sortie la nuit. Petits ictus répétés. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn positifs, liquide céphalo-rachidien négatif. Déjà internée autrefois. L'état psychopathique de cette malade nécessite son internement dans un asile d'aliénés. »

En quelques jours, l'état onirique s'est dissipé, révélant une atteinte profonde de la mémoire et du jugement, cachée sous une frêle apparence de validité. Cette femme a recouvré une activité automatique assez bien coordonnée et une sociabilité suffisante pour faire illusion. Elle est capable de tenir une conversation de politesse banale, sait échanger des propos aimables et donner des précisions assez grandes sur les événements importants de son existence personnelle. Elle sait son âge, la date de sa naissance, l'âge qu'avait son amant lorsqu'il mourut en 1904 en lui laissant un enfant de 6 ans, âgé aujourd'hui de 36 ans, la date de la naissance de celui-ci, la rue et le numéro de son domicile, le temps depuis lequel elle y habite.

Elle sait qu'elle est à Vaucluse dans un asile d'aliénés depuis environ 3 mois et se souvient y avoir été internée quelques mois, alors

qu'elle avait 32 ou 34 ans. En réalité, elle y fut en traitement du 5 mars 1907 au 25 mai 1907, alors qu'elle avait 34 ans.

Elle se rappelle que, pendant la guerre, il fallait courir, se cacher dans les caves à cause de ce qui se passait dans le ciel et qu'on avait une carte de sucre et de café.

Mais elle est incapable de dire quand a eu lieu cette guerre, entre quels peuples elle eut lieu, pourquoi elle eut lieu, comment elle s'est terminée. Elle croit qu'elle a duré un an. Elle ne sait ce qu'étaient Foch et Joffre. Elle est incapable d'évoquer un seul événement de cette guerre, et de ce qui se passa dans le monde après et avant.

Elle raconte que depuis des années elle vit dans la même chambre, ce qui est exact, et qu'elle la paye 86 fr. par trimestre. Elle vivait d'allocations, et de quelque argent gagné à plier des bonbons dans des enveloppes en papier qu'une fabrique de confiserie lui apportait dans des bassines. Elle allait fréquemment au dispensaire pour soigner sa bronchite et des fatigues de toutes espèces. Son fils l'a quittée depuis longtemps pour faire son service militaire. Il s'est marié elle ne sait avec qui, mais elle l'aime bien ainsi que sa bru.

Elle se déclare enchantée de tout et de tous, sauf de sa concierge qui passait son temps à la battre chaque fois qu'elle la rencontrait. Elle ignore pourquoi, mais elle sait bien que ces coups lui ont donné les « sangs tournés », qui se sont transformés en grosseurs sur les bras, et les jambes, il y a très longtemps. Ces grosseurs ont percé et suppuré.

L'enquête apprend que, depuis des années, elle vivait claustrée dans son taudis, au milieu d'ordures et de chiffons, pliant effectivement des bonbons, ce qui laisse rêveur sur la supériorité hygiénique des confiseries vendues sous enveloppe.

Son certificat d'internement, en 1907, est formulé : « Alcoolisme aigu et débilité mentale » (D^r Legras).

Physiquement, on note les séries symptomatiques suivantes :

a) Au point de vue du squelette, un certain degré de *genu valgum* bilatéral, une fistule sternoclaviculaire droite, des pieds creux et un pied bot équin irréductible à gauche.

De plus, au-dessus de la région trochantérienne droite, des traces de pointes de feu, séquelle, dit-elle d'une coxalgie traitée dans l'enfance et qui n'a pas laissé de limitation appréciable des mouvements articulaires.

b) Au point de vue pulmonaire, une bronchite chronique sans signe important à l'auscultation, sans bacille dans les crachats, avec une intradermoréaction négative.

c) Au point de vue nerveux, d'une part, une griffe cubitale des deux derniers doigts de la main droite avec atrophie des deux derniers interosseux, de date relativement récente, assure-t-elle. D'autre part, un syndrome fruste de Friedreich : deux pieds creux, l'un en varus équin, tous deux avec hyperextension des premières phalanges,

abolition des réflexes achilléens. L'ataxie et les troubles de l'équilibre sont difficiles à mettre en évidence à cause des troubles mentaux. Les réflexes rotuliens sont très diminués. Pas de nystagmus. Réactions pupillaires normales.

Par ailleurs, le cubital droit paraît être un peu épaissi.



FIG. 1. — Voir les cratères de la face externe de l'avant-bras et du bras, et de la région susacromiale du côté droit. Sur le membre gauche, ils sont encore plus nombreux et plus profonds. On reconnaît la griffe cubitale droite et la lésion olécraniennne droite qui la conditionne. Au sommet du sternum droit existe un cratère encore suppurant. Au-dessus du tibia gauche on voit de semblables cratères. On aperçoit le commencement du pied creux de Friedreich.

d) Au point de vue biologique, les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn et de Meinicke sont positives dans le sang. Mais toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien sont négatives.

e) Enfin au point de vue cutané, les lésions suivantes qui, d'après ses dires, confirmés par ceux de son fils, ne remontent qu'à quelques années, lésions qui, d'ailleurs, ne sont pas notées dans son observation de 1907 à Vacluse.

Sur les deux membres supérieurs, surtout à la face externe des avant-bras, également au-dessus des deux régions acromio-clavicu-

laïres ; enfin, en avant du sternum, on constate de nombreuses pertes de substances intéressant les muscles et les os, formant des cratères séparés par des brides musculaires irrégulières. Ces cratères sont le plus souvent allongés en rigoles de 2 cm. de long sur 1/2 cm. de large. Quelquefois, ils s'évasent en un entonnoir de 4 cm. de diamètre. A leur niveau, la peau est décolorée, gaufrée, parfois cuivrée. Le fond est sec, sauf dans celui qui est au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite, où existe une croûte noirâtre avec légère suppuration.

Aux membres inférieurs quelques lésions semblables, mais plus discrètes au-devant du tibia et de l'extrémité inférieure du fémur droit.

Rien à la voûte palatine, ni à la langue, ni au nez, ni ailleurs.

L'ongle du doigt gauche présente une cicatrice qu'elle dit être la suite d'un panaris de l'enfance.

En résumé, on trouve chez cette femme de 62 ans, une intrication de symptômes : les uns constitutionnels comme la débilité du jugement et le syndrome de Friedrich, les autres acquis comme la perte de la mémoire et la paralysie du cubital.

Mentalement, on peut résumer son cas en disant qu'il s'agit *d'une débile mentale qui évolue lentement vers la démence, à la faveur de plusieurs facteurs étiologiques dont les uns sont certains : dégénérescence, alcoolisme, artériosclérose, involution sénile, et dont l'autre est plus hypothétique : infection productrice des lésions phagédémiques dont elle est couverte.*

La dégénérescence de son système nerveux a pour preuve le syndrome de Friedrich. Et la débilité mentale constatée pendant son précédent internement alors que les troubles de la mémoire n'étaient pas aussi profonds, se manifeste encore par la niaiserie du rire, de la conduite et de la mimique.

L'alcoolisme fut constaté dans le certificat du premier internement. C'est lui qui causa la turbulence onirique que nous constatâmes à son arrivée.

L'artériosclérose s'est manifestée ces derniers mois par des ictus légers qui ne laissèrent pas de traces.

La sénilité prématurée se révèle dans l'état de tous ses organes.

Tous les facteurs étiologiques ci-dessus du syndrome mental sont certains. Mais dans cette étiologie ne faut-il pas faire sa part à l'infection dont les lésions phagédémiques sont la preuve ? Il faut donc tâcher d'identifier la nature de cette infection.

On pourrait penser à la lèpre, à cause de l'étendue et de la profondeur des pertes de substance, à cause de la dyschromie de la peau au niveau des cicatrices, à cause des bords taillés à pic de

l'ulcération encore suppurante, à cause du siège symétrique de ces ulcérations sur la face externe des membres, à cause de leur évolution qui avait commencé par des nodosités, à cause enfin de la paralysie du cubital droit. Elle a en outre l'ongle du doigt gauche un peu atrophié.

Cependant, on ne trouve pas les anesthésies, la rhinite, ni les lésions linguales de la lèpre. La cicatrice olécraniennne profonde peut avoir, quelle que soit sa nature, lésé le cubital. Enfin, on ne voit pas comment cette vieille habitante de Montreuil qui, depuis plus de 20 ans, n'a pas quitté son village et depuis des années vivait cloîtrée chez elle, aurait pu contracter la lèpre.

On pourrait penser à la tuberculose. L'ulcération sternoclaviculaire droite est encore fistuleuse ; certaines autres cicatrices ressemblent à des cicatrices d'abcès froids. Par ailleurs, la malade bronchitique est suspecte de bacillose. On l'a crue coxalgique. Cependant il est rare que la tuberculose cutanée revête un tel caractère. Le bacille de Koch n'a pas été décelé dans les crachats, l'intradermo-réaction à la tuberculine a été négative.

On pourrait penser enfin à la syphilis. Il arrive que des gomes, à la période tertiaire, deviennent térébrantes. Mais elles ne sont pas aussi nombreuses que chez notre malade. Il n'y a d'effondrements ni au palais, ni au nez. Remarquons à ce propos qu'on ne note sur elle aucun signe de syphilis congénitale et que son fils, âgé de 36 ans, est un garçon très vigoureux, ne présentant aucun stigmatte de syphilis héréditaire. Ce qui prouve que s'il s'agit de syphilis, c'est d'une syphilis acquise. Ajoutons que le Bordet-Wassermann, le Meinicke et le Kahn sont positifs dans le sang.

Notre perplexité nous a fait avoir recours à la compétence de nos confrères en dermatologie. Et voici le diagnostic porté par le Docteur Fernet de l'Hôpital Broca. « Cette malade présente des lésions toutes cicatricielles, sauf lésion évolutive sterno-claviculaire droite. Il s'agit très probablement de lésions hybrides, tuberculo-syphilitiques, véritable scrofulate de vérole. Ces lésions sont très rares chez l'adulte, s'observent au contraire très fréquemment dans le jeune âge par hérédo-syphilis.

« Je conseillerai de faire à cette malade un traitement par le sulfarsénol sous-cutané à doses progressives. »

Ce diagnostic nous est précieux. D'abord, il nous permet d'éliminer l'hypothèse d'une lèpre avec toutes les néfastes conséquences qu'une telle éventualité eût pu entraîner. Ensuite, il nous indique une thérapeutique.

Ce sont les conséquences de cette thérapeutique sur les troubles

mentaux qui nous rendront compte du rôle que ce scrofulate de vérole a joué dans leur étiologie. A première vue, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien semble indiquer que le virus n'est pas neurotrope. Si la malade s'améliore, nous la ramènerons devant la société.

M. GUIRAUD. — Je crois qu'il s'agit de syphilis. Mais le traitement sera sans effet sur les cicatrices, et il ne sera vraisemblablement pas plus efficace sur l'ulcération non encore cicatrisée.

J'ai, parmi mes malades, deux lépreux. Les lésions lépreuses sont différentes de celles-ci et s'accompagnent d'anesthésies.

M. MARCHAND. — Le corps de cette femme est un vrai musée de symptômes physiques. La paralysie du cubital pouvait faire penser à la lèpre ; mais l'action mécanique de la cicatrice olécranienne, quelle que soit la nature de celle-ci, suffit à expliquer cette paralysie.

Interréaction psychopathique chez deux sœurs schizophrènes,
par MM. Marcel CARON et Paul SIVADON (*Travail de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine de Paris*).

Nous vous présentons deux sœurs, actuellement en traitement toutes deux à la Clinique, qui nous ont paru apporter à la question des psychoses familiales des éléments d'intérêt particulier :

1° du fait de l'évolution parallèle, mais non absolument synchrone, chez ces deux sœurs, d'un état de forme schizophrénique ;

2° du fait d'une interréaction psychopathique avec fixation homosexuelle au moins de l'une à l'autre ;

3° du fait d'une explication, évidemment sujette à révision, mais intéressante à discuter, que l'une d'entre elles donne actuellement de l'attitude catatonique qu'elles ont présentée l'une et l'autre à des moments différents.

Voici, brièvement résumée, l'histoire de ces deux malades :

Le père est clerc de notaire en province. C'est un homme travailleur et économe, qui a beaucoup à faire pour maintenir la situation matérielle de la famille, menacée par les dépenses que ses filles lui ont occasionnées. Il n'est pas certain qu'il ait trouvé auprès de la mère un réconfort et un appui suffisant. Un frère s'est depuis plusieurs années détaché autant qu'il l'a pu du foyer familial. Officier de marine, il n'a fait que de hâtives apparitions.

C'est la cadette, Aline, qui a la première manifesté des tendances

pathologiques. Lycéenne, considérée comme très intelligente, bien que sa directrice qualifiât son caractère difficile de « mentalité d'écorché », elle est studieuse et ne montre rien d'anormal jusqu'à l'âge de 13 ans. A cet âge se manifestent ses premières tendances homosexuelles : elle s'éprend violemment de son professeur de dessin. Elle lui écrit de nombreuses lettres enflammées, qu'elle n'envoie cependant pas ; en même temps, son caractère change, elle a des distractions prolongées, elle se fatigue facilement, son rendement scolaire diminue. Ses parents doivent la retirer du lycée pendant deux ans.

C'est vers cette époque que se situe la première fugue : sans discussion préalable, elle part subitement en dérochant de l'argent à ses parents, et vagabonde dans la région pendant trois jours ; puis elle se présente chez son professeur de dessin, chez qui sa mère vient la reprendre.

Quelque temps après, nouvelle fugue avec retour rapide.

Replacée au lycée, elle ne peut continuer ses études et on l'en retire bientôt définitivement.

Elle ne s'occupe plus d'autre chose que d'éducation physique. A cette occasion, elle s'éprend d'une de ses camarades plus âgée. Dès ce moment, son attitude à la maison devient nettement pathologique : elle boude pour un rien, refuse de s'alimenter si on la contrarie, reste 10 jours sans rien prendre à l'occasion d'une remontrance. Elle commence à s'arracher les cheveux.

Sur le conseil d'un médecin, ses parents l'envoient dans une maison de santé (novembre 1930). Là, elle s'éprend de la fiancée d'un des médecins.

En mai 1931, sa sœur aînée, Claire, vient l'y rejoindre. Cette dernière, en effet, qui, bien que peu communicative, avait jusqu'alors paru normale et commencé des études assez brillantes, avait subi, au moment de se présenter au concours de l'Ecole de Sèvres, un brusque fléchissement de son activité intellectuelle. Son journal intime porte la trace de ses essais de résistance à l'atteinte dont elle avait conscience. On y lit, par exemple :

« Ne pas se relâcher : ainsi, au cours de chimie, je deviens étourdie, j'oublie ce que j'ai à faire, je pense trop à des choses futiles.

« ...J'ai une mise en train de travail difficile...

« ...*Buts de vie.* »

« Moralement : Dieu,

« Travail : Professeur de Mathématiques. »

On y trouve aussi un plan de journée minutieux, où toutes choses, sous le titre « petites choses obligatoires », sont réglées avec un horaire rigoureux. Les éléments religieux (« prière fervente où on examine ses fautes et ses efforts »), y tiennent une place importante.

Quelques mois plus tard, elle avait cessé toute activité, d'où son envoi dans la maison de santé. Elle avait alors 21 ans et sa sœur Aline 19 ans. Leur rapprochement ne va pas sans heurts. Elles se

querellent fréquemment. En juillet 1931, elles quittent l'établissement. Claire reste très atteinte, Aline paraît améliorée.

De 1931 à 1933, elles font divers séjours en Suisse dans des maisons de santé, Claire d'une façon à peu près permanente, Aline à différents intervalles. Entre temps, Aline dérobe chez ses parents, dans l'Ouest, une somme de 2.000 fr., avec quoi elle fait une fugue à Lausanne. Elle est amoureuse de la femme d'un de ses médecins et vient passer une nuit devant sa porte, couchée sur le paillason.

Différents scandales amènent un premier internement en province. Elle sort un mois après, mais pour quelques jours seulement, et nous la recevons une première fois à la clinique, dans les derniers jours de 1932. Durant les trois mois qu'elle passe dans notre service, elle offre le tableau d'une inertie stuporeuse avec mutisme habituel et aspect catatonique, mais avec hypotonie et sans conservation constante des attitudes. Elle urine au lit, on doit l'alimenter à la sonde. A cette occasion, il arrive qu'elle parle pour protester, et consente à boire le liquide préparé. On note des troubles vaso-moteurs importants. Réclamée par les siens et conduite de nouveau en Suisse, elle sort assez brusquement de cet état.

Dans l'intervalle, l'état de sa sœur, restée en Suisse, s'aggravait peu à peu. La famille les ramène toutes deux auprès d'elle. Claire devra être placée encore à différentes reprises, tandis qu'Aline restera chez ses parents. Là, elle montre une hostilité croissante envers sa mère. Ce ne sont qu'exigences et vexations : elle l'oblige à faire des corvées dehors sous la pluie, etc. Elle n'est guère plus tendre pour son père, qui se verra à deux reprises mis à la porte par ses filles.

Au cours d'une villégiature avec leur mère, Aline profite d'une absence de celle-ci pour amener sa sœur à Paris, après avoir été dérober de l'argent chez leur père. Elles s'installent dans un hôtel et y vivent des subsides qu'Aline exige de leur père. Claire reste le plus souvent recluse dans sa chambre. Aline sort, se promène, se complait en stations dans les pâtisseries, s'occupe moins d'alimenter sa sœur. Des difficultés avec l'hôtelier attirent l'attention sur leur situation et elles sont toutes les deux internées et placées à la clinique (septembre 1934).

Dans notre service, Alice se montre lucide, assez pertinente, très maîtresse d'elle-même. Elle discute avec un calme froid et une rigueur qui exclut toute affectivité vis-à-vis de ses parents, parlant lentement et posément, avec une monotonie frappante. Cependant, on note des troubles vaso-moteurs analogues à ceux qu'on avait observés en 1933. Elle proteste contre son internement et celui de sa sœur dont elle nie l'état pathologique. Elle suppose ce que son père peut — et donc doit — leur donner mensuellement. Confrontée avec sa mère, elle défend ses positions, son argumentation reste sèche et invariable.

Quant à Claire, elle offre un aspect catatonique assez typique, si

ce n'est que la conservation des attitudes n'y est pas très marquée ni bien constante. Son mutisme est absolu, son opposition rigoureuse. Elle urine au lit, elle s'alimente seulement de liquides, qu'elle boit d'ailleurs assez bien si on les lui présente d'une certaine façon. Elle reste dans une immobilité hypertonique, qui cède seulement à l'occasion de brusques mouvements de défense pudique à l'examen physique.

Une injection de mescaline réussit un jour à déclencher une libération au cours de laquelle elle se lève, va aux W.-C., parle, et, notamment, demande des livres, pour retomber quelques heures après dans l'état initial.

Un autre jour, amenée dans le cabinet du médecin avec sa sœur, elle arrive, sur incitation prolongée, à se tenir debout et à marcher seule, mais garde les yeux rivés sur sa sœur en même temps qu'une contraction répétée plisse sa bouche d'une sorte de mâchonnement à brusques saccades.

Son état mental est depuis son entrée resté stationnaire. Malgré une alimentation suffisante, elle maigrit progressivement, sans que des lésions pulmonaires, par exemple, aient pu être mises en cause.

Il s'agit donc de deux sœurs qui ont présenté parallèlement, mais avec une évolution différente, non synchrone dans ses phases, un état schizophrénique avec éléments catatoniques passagers chez l'une, plus durables chez l'autre.

Aline a présenté dès son adolescence des tendances homosexuelles très accusées. Sa fixation à sa sœur en revêt un caractère tout spécial. Fait important, jusqu'en 1933, les sœurs vivaient plutôt en mauvaise intelligence et se disputaient. L'engourdissement psychique de Claire a permis à Aline d'exercer sur elle une domination à laquelle elle s'est soumise entièrement. Les renseignements que nous avons eus sur leur vie à l'hôtel nous montrent Claire sous la dépendance absolue de sa cadette. Les deux sœurs, enfermées dans leur chambre comme dans un fortin, forment un noyau de résistance hostile à tout ce qui vient de la famille, au médecin qui les a soignées antérieurement, à toute intrusion étrangère.

Un troisième point qui mérite discussion est l'explication que fournit Aline de l'attitude catatonique qu'elle-même a présentée en 1933 et que présente actuellement sa sœur. Elle affirme qu'il s'agit d'une manifestation volontaire marquant une sorte de protestation de la part de son auteur. Elle prétend qu'elle avait, quant à elle, décidé que, si on l'internait, elle refuserait de parler et de manger. En dehors d'éléments particuliers du tableau clinique qu'elle présentait alors (inconstance de la conservation des

attitudes, hypotonie, inertie stuporeuse plus que catatonie caractérisée), il est curieux de constater que cette attitude s'était réduite très vite après sa sortie de l'asile.

On n'est pas en droit, malgré les dires d'Aline, d'assimiler complètement l'état actuel de sa sœur à celui qu'elle-même a présenté en 1933.

Si on doit, en ce qui concerne Aline, faire confiance à sa sincérité quand elle affirme le sentiment du caractère volontaire de l'attitude qu'elle avait prise, il reste à définir les limites du « volontaire » et ses possibilités de variation pathologique.

Il s'agit ici, quoi qu'il en soit, de manifestations schizophréniques, s'apparentant à ces formes de bouderies schizophréniques décrites par le Professeur Claude et ses élèves. Il est intéressant de voir chez deux sœurs réunies par de communes tendances, quel que soit l'aspect différent de l'évolution de leur psychopathie, cette attitude de bouderie se renforcer par interr réaction réciproque.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le Secrétaire des Séances,

P. COURBON.

Séance du Mardi 18 Décembre 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. Roger MIGNOT, *président*, souhaite la bienvenue à M^e Clément CHARPENTIER, Secrétaire général de la *Société Générale des Prisons et de Législation Criminelle*, à M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES, de la Faculté de Droit de Paris, et à M. le Professeur M. MINKOWSKI, de Zurich, qui assistent à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 8 novembre 1934 et le procès-verbal de la séance du lundi 26 novembre 1934 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Georges SEMELAIGNE, qui remercie des sentiments qui lui ont été exprimés au nom de la Société à l'occasion du décès du D^r René SEMELAIGNE, *ancien président* ;

des lettres de M. le D^r Roger BARGUES, de M. le D^r M. GAUTHIER et de M. le D^r Bernard POMMÉ qui remercient la Société de leur élection au titre de *membre correspondant national* ;

des lettres de M. le D^r José GERMAIN-CEBRIAN, de M. le D^r G. W. B. JAMES et de M. le Professeur Elysio de MOURA qui remercient la Société de leur élection au titre de *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le Professeur M. MINKOWSKI, de Zurich, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. Roger MIGNOT, René CHARPENTIER et Henri BARUK, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 28 janvier 1935 ;

une lettre de M. le D^r Daniel LAGACHE, ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure, agrégé de philosophie, ancien chargé de cours à la

Faculté des lettres de l'Université de Dijon, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. Henri CLAUDE, Georges DUMAS et Paul COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 janvier 1935.

des lettres de M. le D^r Th. ALAJOUANINE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des Hôpitaux, de M. le D^r Roger D. ANGLADE, médecin-chef des Asiles de la Seine, de M. le D^r O. CROUZON, médecin de l'Hospice de la Salpêtrière, Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris, de Mme le D^r F. MINKOWSKA, de Paris, et de M. le D^r Yves PORC'HER, médecin-chef des Asiles de la Seine, qui posent leur candidature aux trois places vacantes de *membre titulaire* résidant de la Société ; la Société désigne une Commission composée de MM. Paul ABÉLY, GENIL-PERRIN, LHERMITTE, R. MALLET et MEURIOT pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 janvier 1935 :

Prolongation du délai de candidature à une place déclarée vacante de membre titulaire non résidant

L'avancement de la date de la présente séance n'ayant pas permis aux membres correspondants nationaux de la Société qui résident en dehors du département de la Seine d'être prévenus à temps de cette vacance, le délai de candidature est prolongé jusqu'au lundi 28 janvier 1935, date à laquelle sera désignée la Commission d'examen des candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 25 février 1935.

Legs Christian

Le Secrétaire général rappelle que le délai pour le dépôt des demandes pour l'attribution du *legs Christian* en 1935 expire le 31 décembre 1934. Toute demande parvenue au Secrétaire général après cette date ne pourrait, éventuellement, participer qu'au Concours de 1936.

Rapport de la Commission des finances

L'avoir de la Société, y compris les sommes dont elle est comptable au titre des prix à décerner, était le 18 décembre 1933 de	28.015 76
Les recettes en 1934 ont été de	41.032 »
Total	69.047 76
Les dépenses de 1934 ont été de	44.939 61
Il reste donc en caisse un avoir global de	24.108 15

se décomposant ainsi :

Société Médico-psychologique 12.983 05

En dépôt au titre des prix à décerner :

Prix Aubanel	7.811 60	} 11.125 10
Prix Belhomme	650 »	
Prix Moreau de Tours	200 »	
Prix Christian	2.463 50	

Total 24.108 15

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société Médico-psychologique	2.186 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau de Tours	100 »
Prix Christian	302 »

Total 3.688 »

Je vous propose de voter des félicitations à notre trésorière pour le soin qu'elle apporte à la question des fonds de notre Société.

Après avis de la Commission des Finances, la Société approuve à l'unanimité des membres présents les comptes de 1934 et le budget de 1935 qui lui sont présentés.

Rapport du Secrétaire général

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, conformément à l'article 8 des Statuts, je dois vous rendre compte de la situation morale de notre Société et de son activité pendant l'année qui vient de s'écouler.

Cette activité est toujours en progrès. La *Société Médico-psychologique* réunit en cette fin d'année 383 membres, soit 13 membres honoraires, 96 membres titulaires, 110 membres correspondants nationaux et 164 membres associés étrangers. Elle a élu cette année 34 membres nouveaux, dont 2 membres titulaires, 17 membres correspondants nationaux et 15 membres associés étrangers.

En cette année 1934, nous avons tenu 16 séances et entendu 93 communications auxquelles viendront s'ajouter les 3 communications inscrites à l'ordre du jour de la présente séance. Tous ces travaux ont été imprimés dans le *Bulletin* de notre Société que publient régulièrement les *Annales Médico-psychologiques*, grâce à l'exactitude avec laquelle les membres de la Société remettent leurs manuscrits aux secrétaires des séances. Des séances spéciales qui furent très suivies ont été réservées à l'étude de certaines questions. L'une d'elles, tenue le lundi 22 octobre 1934, et consacrée à des travaux

sur les hallucinations, a été suivie du dîner annuel, dont la tradition a été reprise pour la première fois depuis 1912.

La Société a décidé que son dîner annuel aurait lieu désormais, comme autrefois, le 4^e lundi de mai et que la séance du 27 mai 1935 serait consacrée à la *Célébration du Centenaire de Magnan*. Nous sommes convaincus que, répondant à notre invitation, de nombreux psychiatres étrangers voudront se joindre à nous pour commémorer le souvenir du Maître qui a marqué de son empreinte une époque de la psychiatrie et dont l'influence sur les progrès de la médecine mentale, de la médecine légale, de l'assistance et de la thérapeutique psychiatriques fut considérable. Par une heureuse conjoncture, cette Commémoration aura lieu sous la présidence du D^r Th. Simon, successeur à l'Admission de celui dont il fut, pendant si longtemps, le dévoué collaborateur.

Messieurs, l'activité de notre Société lui impose des charges croissantes, en particulier celle d'accueillir dignement ses hôtes étrangers. D'autre part, la Rédaction des *Annales Médico-psychologiques* s'est efforcée de satisfaire aux désirs de la Société et de devenir une Revue digne de cette activité. Au lieu de 1.200 pages environ en 1931, elle aura donné, en 1934, 1.800 pages à ses lecteurs, s'appliquant à devenir une revue impartiale de la psychiatrie française, ouverte à tous les travaux sérieux sans distinction de doctrine, et à donner en même temps une image aussi fidèle et aussi complète que possible du mouvement neuro-psychiatrique international contemporain. Personne peut-être mieux que moi ne connaît les insuffisances de la réalisation, mais je tiens à remercier ici tous ceux dont la collaboration affectueuse et régulière a fait de ces *Annales* au glorieux passé une Revue vivante du présent et un instrument de travail pour l'avenir.

Trop souvent encore, les charges de la publication nous empêchent d'accueillir des travaux intéressants et d'illustrer plus abondamment les mémoires. Ces charges ont obligé le Conseil d'Administration de la Société, co-propriétaire des *Annales*, à augmenter le prix de l'abonnement. Il sera porté en 1935 à 125 francs pour la France et à 150 francs pour l'étranger, prix encore bien modéré si on le compare à celui de périodiques de même catégorie.

Mais votre Conseil d'Administration a tenu à ce que l'augmentation du prix de l'abonnement, devenue nécessaire, fût modérée, puisqu'elle entraîne secondairement l'augmentation du prix de la cotisation, augmentation que nous sommes obligés de vous proposer aujourd'hui.

En effet, l'augmentation des frais de la Société, le rétablissement que vous avez voté à l'unanimité du dîner annuel, l'augmentation du prix d'abonnement de la Revue, l'irrégularité et la réduction des subventions qui nous ont permis jusqu'à cette année d'équilibrer notre budget, ont comme corollaire l'augmentation de la cotisation. Actuellement la cotisation annuelle est de 150 francs pour les membres titulaires et de 110 francs pour les correspondants nationaux.

Votre Conseil d'Administration vous propose de fixer la cotisation pour 1935 à 200 francs, au lieu de 150, pour les membres titulaires et à 140 francs, au lieu de 110, pour les membres correspondants nationaux. Cette cotisation, encore très inférieure à celle de la Société de Neurologie de Paris, contient naturellement le prix de l'abonnement aux *Annales Médico-psychologiques*. Et, si les circonstances le permettent, il en sera ultérieurement proposé la réduction.

M. René MIGNOT, *président*. — Nous remercions M. René Charpentier de son rapport et je suis assurément votre interprète en le remerciant également pour tous les services qu'il nous a rendus comme secrétaire général de notre Société et comme rédacteur en chef des *Annales Médico-psychologiques*.

Augmentation de la cotisation

A l'unanimité des membres présents, la Société Médico-psychologique fixe la *cotisation annuelle* à 200 francs pour les *membres titulaires* et à 140 francs pour les *membres correspondants nationaux*. La cotisation des membres titulaires et la cotisation des membres correspondants nationaux comprennent le prix de l'abonnement aux *Annales Médico-psychologiques*.

Frais de publication du Bulletin de la Société

A l'unanimité des membres présents et, conformément à l'article 13 du Règlement, en accord avec le Directeur des *Annales Médico-psychologiques*, la Société Médico-psychologique fixe à 8.000 francs les frais de publication annuels du Bulletin de la Société dans les *Annales Médico-psychologiques*.

Election du Bureau pour l'année 1935

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 36 du Règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Président

M. le Dr Th. SIMON, vice-président, devient, de droit, *président* de la Société pour l'année 1935.

Election du vice-président

Nombre de votants.....	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

M. VURPAS	31 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r Cl. VURPAS est élu *vice-président* de la Société pour l'année 1935. Conformément à l'article 5 des Statuts, il sera, de droit, président de la Société Médico-psychologique pour l'année 1936.

Election du Secrétaire général

Nombre de votants.....	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

M. René CHARPENTIER	31 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r René CHARPENTIER est réélu *secrétaire général* de la Société.

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants.....	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

MM. Paul COURBON	31 voix.
Paul ABÉLY	31 —
Bulletins blancs	2 —

MM. Paul COURBON et Paul ABÉLY sont réélus *secrétaires des séances* de la Société.

Election du Trésorier-Archiviste

Nombre de votants.....	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

Mme le D ^r THUILLIER-LANDRY	31 voix.
M. PACTET	1 —

Mme le D^r THUILLIER-LANDRY est réélue *trésorière-archiviste* de la Société.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1935

Le Bureau de la Société est donc ainsi constitué pour l'année 1935 :

Président : M. Th. SIMON.

Vice-président : M. Cl. VURPAS.

Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.

Trésorière-Archiviste : Mme THUILLIER-LANDRY.

Secrétaires des séances : MM. Paul COURBON et Paul ABÉLY.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1935, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. Georges DUMAS et Roger MIGNOT, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration*.

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la trésorerie.

MM. PACTET et CAPGRAS sont réélus *membres de la Commission des finances*.

Election de 4 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. LAUZIER, au nom d'une Commission composée de M. DEMAY, GUIRAUD et LAUZIER, sur les titres de Mlle Elisabeth CULLERRE, de Nancy, et de MM. Emile ADAM, de Bourg ; Bernand FREY, de Rouffach ; et Pierre SCHUTZENBERGER, de Blois, il est procédé au vote :

Nombre de votants	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

M. le D ^r Emile ADAM	32 voix.
M. le D ^r B. FREY	32 —
M. le D ^r P. SCHUTZENBERGER	32 —
Mlle le D ^r El. CULLERRE	31 —

M. le D^r Emile ADAM, de Bourg, M. le D^r Bernard FREY, de Rouffach, M. le D^r P. SCHUTZENBERGER, de Blois, et Mlle le D^r Elisabeth CULLERRE, de Nancy, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election de 5 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. Raoul LEROY, au nom d'une Commission composée de MM. TOULOUSE, LAIGNEL-LAVASTINE et Raoul LEROY, sur les titres de M. le D^r Amour-F. LIBER, de Paris, de M. le D^r G. DE LOVERDO, d'Athènes, et de M. le D^r S. VLAVIANOS, d'Athènes, et après lecture d'un rapport de M. Henri BARUK, au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, LHERMITTE et Henri BARUK, sur les titres de M. le D^r Ferdinand MOREL, de Genève, et de M. le D^r Ludo VAN BOGAERT, d'Anvers, il est procédé au vote :

Nombre de votants	32
Majorité absolue	17

Ont obtenu :

M. le D ^r A.-F. LIBER	32 voix.
M. le D ^r G. DE LOVERDO	32 —
M. le D ^r F. MOREL	32 —
M. le D ^r VAN BOGAERT	32 —
M. le D ^r S. VLAVIANOS	32 —

M. le D^r Amour-F. LIBER, de Paris, M. le D^r G. DE LOVERDO, d'Athènes, M. le D^r Ferdinand MOREL, de Genève, M. le D^r Ludo VAN BOGAERT, d'Anvers, et M. le D^r S. VLAVIANOS, d'Athènes, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-psychologique.

SÉANCE ORDINAIRE

COMMUNICATIONS

Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de code pénal,
par M. Xavier ABÉLY.

Notre secrétaire général, le D^r René Charpentier, nous a conviés à donner notre opinion sur le projet des mesures de sûreté du nouveau Code pénal. Une communication très documentée du D^r Lauzier, les interventions du D^r René Charpentier ont déjà amorcé la discussion ; depuis lors, d'importantes modifications ont été apportées à la rédaction de plusieurs articles.

Il est juste tout d'abord de reconnaître que cette partie du projet constitue un progrès considérable. Nous y constatons la création d'asiles de sûreté et d'établissements d'anormaux depuis si longtemps réclamée par les aliénistes. Nous y voyons ébauchées l'individualisation de la peine et la sentence indéterminée. Il n'en est pas moins vrai que des retouches paraissent encore nécessaires. Dans son ensemble, le projet semble un peu timoré dans les innovations. On peut lui reprocher de ne pas aller aussi loin que la loi belge de défense sociale et de méconnaître parfois des modifications heureuses, inscrites dans les projets de réforme de la loi de 1838 en ce qui concerne les aliénés criminels. Je ne vou-

drais cependant pas ici entrer dans l'exposé de principes ou d'idées générales. Nous sommes en présence d'un texte précis. Je pense que c'est faire œuvre utile et pratique de discuter simplement les termes mêmes des articles et d'en montrer les modifications possibles.

ART. 72. — Cet article concerne les grands malades mentaux, totalement irresponsables. Le texte est le suivant :

« Tout aliéné déclaré l'auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années, sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé. Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement et sa durée seront déterminées par le code d'instruction criminelle. »

Dans ce texte plusieurs points me semblent pouvoir être critiqués :

1° Ne seront internables que les aliénés ayant commis une infraction pouvant être punie d'un emprisonnement égal ou supérieur à deux ans. Pourquoi cette limitation et pourquoi ce minimum ? Le D^r Lauzier a bien mis en valeur l'étrangeté de cette disposition. Il y aura grand intérêt à relire ses commentaires. J'illustrerai simplement cette démonstration de quelques exemples : un persécuté qui a fait des menaces de violence (art. 306, 307, 308 du Code pénal actuel) ou qui se sera livré à des voies de fait n'entraînant pas une incapacité grave (art. 311) ou qui aura causé des dommages aux propriétés mobilières, qui aura détruit des instruments industriels ou des matières premières (art. 443 et 479) ne sera pas internable malgré le danger évident qu'il représente. Il n'y a rien d'analogue dans la loi belge de défense sociale qui déclare que tout fait qualifié crime ou délit peut entraîner l'internement. Les auteurs du projet n'ont pas osé infliger à l'aliéné une mesure privative de liberté pour une infraction minime. Ceci prouve chez eux une incompréhension du danger offert par les malades mentaux. Il n'y a pas de proportion mathématique entre l'importance de l'acte commis et la dangerosité de l'aliéné. Une infraction bénigne peut laisser prévoir une réaction anti-sociale beaucoup plus redoutable. Trop souvent à l'heure actuelle on déplore la carence de l'autorité administrative sur ce point. Il faut qu'un aliéné ait au moins commis un crime pour qu'il soit interné. Cette erreur entraîne des conséquences trop funestes pour qu'il n'y soit pas porté remède.

2° L'internement aura lieu par « décision du juge » sous

entendu répressif. L'introduction des mesures de sûreté est donc de la compétence de la juridiction répressive. Ce petit bout de phrase qui a une allure fort anodine entraîne des conséquences considérables.

D'une part, il institue le placement par ordre judiciaire. Il substitue, dans la mesure de l'internement, l'autorité judiciaire à l'autorité administrative. Sur ce point, nous sommes tous d'accord : le placement judiciaire des aliénés criminels est une nécessité.

Mais le texte de l'article a un sens beaucoup plus étendu : il spécifie que l'ordre d'internement sera donné par la juridiction pénale. Or, ce point là est très controversé. Pour beaucoup d'auteurs, la seule autorité qualifiée est le Tribunal civil. J'ai moi-même écrit un long article sur ce sujet, faisant valoir tous les arguments légaux, juridiques et médicaux qui militent en faveur de cette opinion (1). Le projet de modification de la loi de 1838, voté à la Chambre des Députés, confie au seul Tribunal civil la prérogative de l'internement des aliénés criminels. Je ne veux pas entamer cette discussion. J'espère qu'elle sera reprise un jour. Je ne demande pas que mon avis soit adopté dans le texte soumis à notre critique. Je voudrais seulement que la question soit réservée. L'article 72, qui a la prétention de n'exprimer qu'une idée générale, abandonnant les détails au Code d'instruction criminelle, est beaucoup trop précis sur ce point. Il serait préférable, à mon avis, que l'expression « par décision du juge » soit remplacée par la formule « par décision de l'autorité judiciaire » qui laisse toute latitude à l'adoption de modalités diverses de procédure.

3° L'article 72 donne au juge répressif la prérogative non seulement de « prononcer l'internement », mais encore de fixer sa durée. Voilà encore une précision fort grave et fort discutable. Pourquoi prononcer, dès l'entrée d'un aliéné à l'asile, la durée de son internement ? Comment prétendre connaître d'avance l'évolution de la maladie et de la nocivité de l'aliéné ? Aucun médecin ne voudrait et ne voudra se prononcer. Et c'est au juge, incompétent au point de vue scientifique, que l'on confie cette fixation si délicate. Il est bien évident que l'aliéné, arrivé au terme fixé de son internement, ne sera pas remis automatiquement en liberté, s'il est encore malade et dangereux. Cette précision tombe sans doute sous le sens commun. Mais rien ne le dit dans

(1) La technique de l'internement des aliénés criminels. *Annales de Médecine Légale*, n° 3, 1932.

le texte. Je comprends d'ailleurs fort bien la pensée des auteurs du projet. Ils ont voulu que l'aliéné criminel ne puisse obtenir sa sortie de l'asile au bout d'un temps trop court, comme cela se voit quelquefois actuellement. En réalité, le problème ainsi soulevé comporte une solution toute différente. Ce qui est nécessaire pour éviter cet abus possible, c'est d'organiser la sortie de l'asile, d'entourer cette libération de toutes les garanties indispensables. Or, cette procédure, réalisant toute garantie, est connue, admise, expérimentée, longuement codifiée dans un grand nombre de législations étrangères. Elle consiste à confier la décision de sortie à une commission médico-judiciaire. Ces commissions fonctionnent admirablement en Belgique ; elles ont donné des résultats remarquables. J'ai eu l'occasion de défendre l'admission de cette procédure devant l'assemblée des médecins d'asile. Le vœu en a été adopté à l'unanimité moins une voix. Il est regrettable que le principe de cette collaboration de la justice et de la médecine n'ait pas été inscrit dans le texte de réforme du Code pénal. J'espère que le Code d'instruction criminelle adoptera la création de ces commissions.

Si elle ne peut être insérée dans le projet actuel, il y aurait lieu, je crois, de modifier le texte de l'article 72 (*in fine*) par la formule suivante : « Les conditions dans lesquelles seront prononcées l'entrée dans l'asile de sûreté et la sortie de cet asile seront déterminées par le Code d'instruction criminelle. »

4° Dernier point à signaler dans l'article 72 : je faisais remarquer, en même temps que M. Lauzier, que le terme de « Maison de Santé » employé dans le texte pour indiquer le lieu d'internement des aliénés criminels prêtait à des interprétations aussi variées qu'équivoques. Pourquoi, puisqu'il s'agit par définition même d'une « mesure de sûreté », ne pas adopter la désignation admise par tous et consacrée par l'usage « d'asile de sûreté » ? Cette précision me paraît d'autant plus utile que dans l'exposé des motifs, on peut lire cette distinction qui paraît admettre une certaine dualité d'établissement : « Il faut prévoir la création ou l'aménagement... d'asiles ou de maisons de santé ? » En tout cas, c'est le terme d'asile qui convient ici.

En somme, je proposerai la rédaction suivante, de l'article 72 : « Tout aliéné auteur d'un fait qualifié crime ou délit sera, s'il y a lieu, et par ordre de l'autorité judiciaire, interné dans un asile de sûreté. Les conditions dans lesquelles seront prononcées l'entrée dans l'asile de sûreté et la sortie de cet asile seront déterminées par le Code d'instruction criminelle. »

Article 73. — Cet article concerne les criminels ou délinquants à responsabilité limitée : alcooliques, toxicomanes, infirmes mentaux, qui ne sont pas exempts de la sanction pénale. Pour eux, il y a concours des peines et des mesures de sûreté. Le texte est le suivant : *« Toute personne alcoolique, toxicomane, ou atteinte d'une infirmité mentale grave, qui a commis un crime ou délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique. La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être remis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au Code d'instruction criminelle. »*

Les critiques que nous avons adressées au texte de l'article 72 sont également applicables au texte de l'article 73. Il en est ainsi pour :

1° la nécessité d'une peine d'emprisonnement égale ou supérieure à deux ans ;

2° l'équivoque du terme « Maison de Santé » (1) : le terme très général d'asile de sûreté pourrait être également adopté, en attendant la spécialisation de divers établissements ;

3° le prononcé par le juge répressif de l'ordre d'internement et de sa durée qui est fixée ici à un maximum de 5 ans.

La juridiction répressive est encore moins qualifiée ici qu'à l'article 72, pour apprécier la légitimité et la durée de l'internement des anormaux psychiques, puisqu'un intervalle, qui peut être de très longue durée, sépare la condamnation de l'internement. C'est après l'accomplissement de la sanction pénale qu'il conviendra seulement d'évaluer la nocivité résiduelle du délinquant.

Quant à la longueur de l'internement, sa fixation est tout à fait théorique et platonique. Cette durée, nous dit le texte de l'article, peut être réduite si la libération de l'anormal n'offre plus de danger pour la paix publique. D'autre part, le D^r René Charpentier, rapportant l'avis de M. le Professeur Hugueney, nous fait connaî-

(1) Je rappellerai que la Belgique a des types très variés d'établissements d'anormaux. A côté des sections psychiatriques pour malades mentaux, et des sections de traitement pour anormaux récidivistes, difficiles et dangereux, qui sont des asiles de sûreté proprement dits, il existe : des sections médico-pédagogiques pour débiles mentaux, des sections psychothérapeutiques pour déséquilibrés, des établissements pour récidivistes ordinaires.

tre que les cinq ans d'internement seront renouvelables, si l'anormal reste dangereux. Encore serait-il indiqué que cette interprétation, si importante, trouvât sa place dans la rédaction de l'article 72. Mais, dès lors, quelle peut être l'utilité de cette fixation préalable du temps d'internement, puisque cette durée peut toujours être diminuée ou prolongée ? Ici encore, ce qui importe, c'est d'organiser des garanties sérieuses de sortie en créant des commissions médico-judiciaires.

Nous devons reconnaître que la loi belge de défense sociale impose, elle aussi, un terme théorique à l'internement des anormaux, mais toujours revisible dans le sens de l'atténuation ou de l'aggravation. Mais le D^r Vervaeck, fort de l'avis obligatoire des commissions, nous avoue que ce texte ne le gêne nullement et que « ces dispositions instaurent en fait un régime juridique de sentence thérapeutique indéterminée, le seul logique en somme quand il s'agit de malades ou d'anormaux ».

Si la sortie de l'asile de sûreté était aussi bien organisée en France qu'en Belgique, il n'y aurait donc en pratique aucun grand inconvénient à cette fixation de durée, que voile simplement l'hésitation des juristes devant la reconnaissance officielle de la sentence indéterminée.

4° La disposition la plus grave de l'article 73 est l'obligation, pour ces anormaux, d'accomplir leur peine avant d'être internés. Il y a là, pour nos mentalités médicales, une mesure incompréhensible. Le texte ajoute même à cette hérésie psychiatrique une précision qui pourrait paraître presque ironique lorsqu'il déclare que ces anormaux seront internés à l'expiration de leur peine « pour recevoir les soins que nécessite leur état ». Il sera bien temps de s'intéresser à leur traitement lorsqu'ils auront accompli au moins deux ans de prison, puisque c'est la peine minima prévue (1). Je ne veux pas insister sur cette question qui a été développée par le D^r Lauzier, qui a été éloquemment défendue par le D^r René Charpentier et qui a été cependant maintenue. Puisque les juristes paraissent difficilement réductibles sur ce point, on pourrait émettre la proposition conciliante suivante : la peine sera exécutée, non pas à la prison, mais à l'asile de sûreté, c'est-à-dire que la sortie ne pourra pas être envisagée tant que la peine ne sera pas accomplie. C'est donner une large

(1) Cette disposition est d'autant plus inopportune qu'elle peut s'appliquer, ainsi que le précise l'article 72, à des intoxiqués (alcooliques et toxicomanes), qui ont besoin d'une désintoxication immédiate.

satisfaction à ceux qui veulent maintenir la fixation préalable du temps d'internement. La loi belge a adopté une mesure analogue en proportionnant la durée de la sentence thérapeutique à la gravité de l'infraction, mais avec un caractère beaucoup plus souple, puisque la sentence reste toujours révisible.

En somme, nous proposerions la rédaction suivante de l'article 73 : « *Toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une infirmité mentale grave, qui a commis un fait qualifié crime ou délit, sera internée dans un asile de sûreté, par décision de l'autorité judiciaire, lorsqu'il sera reconnu que cette personne constitue un danger sérieux pour la paix publique. La peine sera accomplie à l'asile de sûreté. A l'expiration de cette peine, la personne sera maintenue pour une période de cinq ans au maximum. Mais cette durée pourra être soit réduite, soit renouvelée, selon l'état de nocivité du sujet, ainsi qu'il sera prescrit au Code d'instruction criminelle.* »

Je préférerais d'ailleurs *in fine* la formule suivante, analogue à celle proposée pour l'article 72 : « *A l'expiration de la peine, la personne sera maintenue. Les conditions de l'entrée dans l'asile de sûreté et de la sortie de cet asile seront déterminées par le Code d'instruction criminelle.* »

Lacunes du Projet. — Après avoir indiqué les modifications de texte, qui me paraissent souhaitables, des articles concernant les criminels aliénés ou anormaux, je voudrais signaler les lacunes du projet en ce qui concerne les mêmes personnes. On voudra bien me permettre cette expression, car les mesures que je vais énumérer se retrouvent dans les projets de réforme de la loi de 1838 et dans la loi belge de défense sociale. Ce sont des dispositions d'une importance essentielle et non des mesures de détail qui seront mieux à leur place dans le Code d'Instruction criminelle.

1° Le projet n'a pas prévu l'internement des sujets devenus aliénés au cours de la détention préventive ou pénale.

2° Il n'a pas prévu la possibilité et l'organisation du transfert d'un établissement de sûreté dans un autre, de l'établissement de travail, notamment à l'asile de sûreté.

3° Il n'organise pas l'assistance et la surveillance psychiatrique des malades ou des anormaux à leur sortie de l'asile de sûreté. L'article 85 n'envisage que le patronage des condamnés et en dehors de tout contrôle médical spécial.

4° Il n'institue pas la responsabilité civile des aliénés criminels. C'est là une considération qui nous paraît pouvoir entrer dans le

cadre du projet, lorsque la juridiction répressive est saisie en même temps de l'action civile.

Article 74 et suivants. — Après les aliénés et les anormaux, le projet s'occupe d'une autre série de délinquants qui est susceptible de nous intéresser : les récidivistes. Ces sujets sont considérés ici, non pas comme des malades ou des infirmes mentaux, mais comme des inadaptés sociaux. Cette distinction pourra paraître un peu subtile dans bien des cas. Il y a, parmi les récidivistes des indisciplinés, des impulsifs, des pervers, qui sont de véritables anormaux. La Belgique a dû créer pour ceux-ci, à côté d'un établissement, parfaitement organisé à Merxplas, pour récidivistes ordinaires, une section spéciale aux asiles de Tournai et de Mons. Par ailleurs, l'inadaptation sociale relève, au moins pour une part, de l'observation, de la surveillance et de la thérapeutique médico-pédagogique, pour l'application desquelles l'aliéniste paraît qualifié. En Belgique, les essais de régénération morale et de reclassement social sont dirigés et surveillés par le service médical d'anthropologie criminelle « qui suggère les conditions thérapeutiques et pédagogiques utiles pour chaque sujet » (Vervaek). On y applique les mêmes méthodes aux anormaux et aux délinquants d'habitude. Dans les articles 74 et suivants, nous ne trouvons aucune trace de cette collaboration psychiatrique. La relégation, il est vrai, est subie à peu près exclusivement dans les colonies, ce qui complique beaucoup le problème de la rééducation sociale, et je serais curieux de savoir en quoi ces établissements coloniaux de travail différeront du bagne actuel. La visite de ces établissements est confiée à des sociétés de patronage, mais il n'est pas question de visite médicale. Les signes de réadaptation sociale seront appréciés par les juges qui ont prononcé la relégation. On chercherait en vain, dans le texte, le concours de l'aliéniste. Il y a bien là une omission volontaire car les visites médicales sont prévues pour les sujets subissant les mesures de sûreté des articles 72 et 73. Je ne voudrais pas paraître trop exigeant. Mais serait-ce beaucoup demander que de réclamer l'inspection psychiatrique des établissements de travail de la métropole, alors que tous les projets de modification de la loi de 1838 instituent et organisent cette inspection dans les prisons et dans tous les établissements pénitentiaires ? Une légère modification de l'article 79 nous donnerait satisfaction sur ce dernier point.

Avantages du projet de loi portant refonte du code pénal dans les cas de responsabilité atténuée, par MM. Jean PICARD et Henri Ey.

Une conception toute nouvelle est apparue dans la rédaction de l'article 73 du projet de loi portant refonte du Code pénal, conception qui, modifiant les conséquences de l'expertise psychiatrique, tend à en préciser dans les cas de responsabilité atténuée la portée exacte. Outre que cet article donne une sorte de consécration légale à la circulaire Chaumié, il implique, par la façon même d'appliquer les mesures de sûreté correspondantes, une précision de la notion de la responsabilité qui va permettre, croyons-nous, de l'envisager enfin sous un jour essentiellement pratique en la dégageant des interprétations personnelles propres à maintenir une équivoque regrettable. Quelque avis que l'on puisse formuler quant au projet actuel, il a pour mérite incontestable d'accepter comme une réalité la complexité du problème et de proposer des solutions mitigées à des situations qui ne sauraient être tranchées sans outrage par des réponses systématiquement positives ou négatives.

Quelle est donc la position *actuelle* du problème ? Les cas nettement délimités qui étaient réglés par l'article 64 le seront de même par l'article 72 : pas de difficultés sur ce point. Si l'on s'en tient là pourtant, l'on se heurtera toujours dans les cas frontières, c'est-à-dire marginaux, à des incompatibilités doctrinales. Cette unité de doctrine si justement réclamée par MM. Heuyer et Ceillier s'avérera toujours dans la pratique impossible car le rôle de l'expert étant, avant tout, d'émettre en conscience des opinions résultant de son jugement personnel, ne saurait s'accommoder de schématisations arbitraires systématiques et plus ou moins indépendantes de l'examen toujours délicat qui lui est soumis dans chaque cas particulier. Dès lors, les conflits se multiplient. Chaque cas est la source de discussions nouvelles. Les conceptions du médecin légiste s'opposent à celles du médecin qui doit ultérieurement délibérer du maintien, les experts officiels sont en désaccord avec les officieux, la défense s'efforce légitimement de profiter de ces débats contradictoires et vains ; la presse s'en gausse. Selon les cas, la polémique règne fâcheusement dans le prétoire ou bien les internements se trouvent contestés. Dans l'état actuel, le désarroi fait adopter des solutions de fortune : certains disent qu'il faut, lorsqu'on a commencé par la prison, persévérer dans la répression ; lorsqu'on a opté

pour l'asile, continuer par l'internement. Ce serait très bien sans doute si chaque cas était indéfiniment soumis au même observateur, mais comme dans la pratique il n'en saurait être ainsi, l'on arrive toujours en fin de compte à l'incohérence. Sans doute l'atténuation de la responsabilité a-t-elle pour principal objet d'éviter ces inconséquences en permettant un moyen terme. Ce moyen s'est avéré à l'épreuve si insuffisant que beaucoup répugnent légitimement à l'adopter. En effet, la répression pénale n'y trouve pas plus son compte que la protection sociale. La peine s'amenuise purement et simplement au détriment de la sûreté collective, sans aucun effort correspondant de la société pour entraver la récidive. Force est alors d'outrer ses conclusions en vue de solutions extrêmes qui ne sauraient recevoir l'approbation unanime. Par un paradoxe qui ne manque pas d'être piquant, ceux mêmes qui réclament l'unité doctrinale et répugnent à la doctrine de l'atténuation de la responsabilité, sont ceux-là même qui s'attaquent au mot de responsabilité en lui refusant toute attribution scientifique, le médecin n'ayant point droit, pensent-ils, d'émettre un avis sur un problème de la loi morale. Or, précisément, c'est en répondant *ne varietur* par un oui ou par un non que l'on confirme dogmatiquement la dualité à laquelle on voudrait se soustraire. De même ceux qui révoquent la notion de responsabilité comme un concept « métaphysique » (ou ce qui serait mieux *moral*) sont les premiers à sentir leur conscience révoltée si on leur propose de mettre un demi-malade à la prison.

Au vrai, tant qu'il y aura un Code pénal, des asiles *et* des prisons, des expertises, il faudra bien adapter la loi et l'expertise aux nécessités concrètes qui gravitent autour de la notion de responsabilité à laquelle on ne peut échapper que verbalement. A ce point de vue, il semble que l'article 73 apporte des mesures pratiques qui correspondent à une notion mixte, mais si nécessaire qu'elle s'impose toujours par quelque détour.

Acceptée sous sa forme la plus rigide, la notion d'irresponsabilité confère une réalité morale à cette responsabilité qui, graduée, prend au contraire toute sa signification sociale.

L'esprit qui a dominé la rédaction de l'article 73 nous paraît donc éclairé par un sens des réalités qui ne peut que faciliter la mission de l'expert. Celle-ci deviendrait plus aisée puisque, à la notion même de responsabilité limitée, correspondraient dorénavant des mesures susceptibles d'apaiser sa crainte de laisser condamner d'une peine relativement légère un être dont le déséquilibre peut faire un malfaiteur latent. Les discussions souvent

byzantines qui surviennent entre la défense et l'expert se trouveraient perdre beaucoup de leur importance, le traitement réclamé par l'avocat étant en effet envisagé de droit et comme contrepartie de l'atténuation de la peine, après que celle-ci, automatiquement abaissée, aurait été purgée. L'intérêt de l'inculpé et de sa défense ne pèserait plus si lourdement et, parfois, si mal à propos sur l'expertise dont on attend trop souvent davantage la demi-mesure libératrice que la sanction thérapeutique plaidée. La tâche de l'expert se trouvera moins ardue, l'inculpé n'ayant plus intérêt, comme actuellement, à jouer habilement d'infirmités mentales plus ou moins simulées pour profiter précisément de cette solution de continuité que lui fournit actuellement le Code pénal. Du jour où il sera établi qu'à une peine fixe succède un internement de durée variable, l'inculpé de mauvaise foi tendra à perdre sa vocation de simulateur.

Mais à n'envisager que les anormaux véritables, l'attribution de la responsabilité atténuée vise encore un nombre de cas qui, de toutes les éventualités médico-légales, sont les plus difficiles. Elle s'adresse généralement aux dégénérés, déséquilibrés, impulsifs, pervers, névrosés, qui, sans être de grands aliénés, présentent des troubles que l'on est bien obligé de se représenter, même si on ne veut pas le dire, aux frontières de la folie. Le nouvel article 72 ne peut pas jouer pour eux. Il est difficile, d'autre part, de les considérer sans paradoxe comme des êtres normaux. Enfin et surtout ce sont des êtres antisociaux dont l'intimidabilité ne peut s'apprécier qu'à l'expérience, expérience à laquelle l'asile ne se prête guère si l'on en juge par les discussions récentes qui se sont produites ici-même (séances du 27 novembre 1933 et du 8 février 1934). Qu'il s'agisse d'intimidation ou de fausse intimidation, M. Courbon a pu faire remarquer que « le médecin d'asile qui ne recourt pas à elle dans les cas où elle est nécessaire envers les malades agressifs, expose ses autres malades, son personnel et lui-même à des violences, parfois extrêmement dangereuses, qui ne se produisent pas dans un service discipliné ». Si donc le Code enferme le juge et l'expert dans un dilemme de fait trop brutal ou prison ou asile, de deux choses l'une, ou c'est la prison qui est choisie et il s'agit d'une mesure transitoire, ou c'est l'asile avec l'obligation pratique pour les pouvoirs publics de garder le sujet par crainte des réactions d'autant plus probables que l'internement a décerné un brevet d'irresponsabilité. L'on voit bien les inconvénients des deux systèmes considérés isolément : l'on n'en perçoit guère les avantages. La mesure mixte d'un emprisonnement fixe et d'un internement de durée variable, — mais non

limité, et sur ce point nous inclinons à penser que l'article 73, en fixant un maximum de cinq années, se montre trop restrictif, — cette mesure plus souple permettrait de mieux s'adapter à chaque cas particulier et en aucun cas n'équivaudrait à une absorption totale du demi-responsable. L'exemplarité de la peine, si peu certaine qu'elle puisse être, n'en subsisterait pas moins et la sanction, même abaissée, ne permettrait plus l'impunité escomptée dans la récidive par bien des anormaux antisociaux.

Un tel projet respecte enfin tant les intérêts que les droits de l'individu. Pour un déséquilibré à responsabilité limitée, l'intérêt est double : proportionnalité du régime de coercition à la capacité pénale et droit aux soins, que la mesure proposée paraît garantir intégralement et également.

En dernier ressort, il apparaît que la succession prison-asile établit une subordination de la situation de l'intéressé à une opinion médicale. Nous pensons souhaitable comme tous les aliénistes que le sort de tels sujets dépende *en dernier lieu* de l'examen et de l'opinion de médecins compétents. Tandis qu'actuellement le demi-responsable, après avoir purgé sa demi-peine, est libéré de la prison et rendu automatiquement à la vie publique, dans le système proposé, c'est le médecin et la commission médico-judiciaire, chacune pour sa part, qui adapteraient aux conditions particulières du cas concret les soins et la durée de l'internement. C'est dire que le demi-responsable mi-intimidable, mi-malade, après avoir purgé sa peine proportionnelle, pourrait être considéré à l'asile comme un psychopathe à réadapter socialement et non plus comme ces sujets hybrides qui sont maintenus à l'asile plus par mesure de police que conformément à une opinion médicale unanime. Nous avons dit : réadaptation sociale, qu'est-ce à dire, sinon que de tels sujets ne sont pas justiciables d'une assistance vraiment immédiate ? Soutiendrait-on qu'il y a dans de tels cas des urgences impérieuses de traitement, alors précisément que l'absence fréquente de caractères bien tranchés et aigus, les anomalies plus ou moins profondes de leur personnalité en font des êtres qui demeurent à égale distance de l'aliénation confirmée et de l'intégrité mentale ? Certes, si l'évolution de la science psychiatrique apportait des résultats plus tangibles, nous ne saurions soutenir ce point de vue. Il est à espérer que nous ayons tort, sans crainte d'être malheureusement contredits. Ainsi, l'on évite au demi-responsable, soit la conclusion d'expertise de responsabilité totale par crainte d'une assistance insuffisante, soit l'internement immédiat contre lequel tant de piliers d'asile ne cessent de protester après en avoir ou

avoir cru en bénéficier ; soit l'internement indéfini par crainte de toute nouvelle réaction pratiquement peu punissable à l'heure actuelle après un internement.

Deux arguments hostiles au projet, l'un pratique, l'autre théorique, pourraient se formuler ainsi : Pourquoi, pourrait-on dire, veut-on adopter la solution prison d'abord, asile ensuite et non pas asile d'abord et prison ensuite ? Toute notre argumentation a déjà fait valoir l'intérêt de cette séquence au double point de vue judiciaire et médical : ainsi il n'est pas préjugé de l'avenir pénal du sujet et son devenir est mieux préservé. Si la prescription de l'amnistie (art. 92) reste sans effet sur l'internement, il n'en demeure pas moins qu'ayant une action suspensive sur les peines, la défense sociale risquerait, en intervertissant l'ordre d'application qui a été prévu, de perdre l'efficacité recherchée. D'autre part, dans le système proposé, c'est au moment le plus délicat, à l'heure de la libération, que le médecin a la parole, tandis que dans le cas de la prison consécutive la sortie se ferait automatiquement à la date fixée. Quelle responsabilité accrue encourait enfin la maison de santé en cas d'évasion alors que ce n'est pas un malade sous surveillance spéciale qu'elle détiendrait mais un prisonnier d'attente ?

L'argument le plus absolu qui puisse être opposé ne nous semble que pouvoir être uniquement théorique : Il consisterait à dire : « Un demi-responsable est encore un malade : il faut le traiter comme tel avant tout. » Si c'est un malade, pourquoi avancer demi-responsable ? Ce vocable doit être rayé au mépris des faits. Mais il faut alors être bien certain que la doctrine emportera l'adhésion de tous et que la ligne de conduite adoptée par tous sera la même, tant au moment d'expertises successives que des observations à l'asile où l'on retombe dans l'incohérence. Si on reconnaît des demi-responsables, il y a une part à faire à l'intimidabilité, donc à la peine.

M. DONNEDIEU DE VABRES, *professeur à la Faculté de Droit*, remercie M. le D^r René Charpentier de l'honneur qu'il lui a fait, en l'invitant à participer à la séance de la Société médico-psychologique. Il sera heureux de tirer profit des observations qui viennent d'être faites, ou qui vont l'être, pour la discussion de la Société des prisons, au sein de laquelle il remplit les fonctions de rapporteur, sur le projet de Code pénal français.

Il a entendu avec un vif intérêt le rapport de M. le D^r Xavier Abély, dont il partage, en grande partie, les opinions. Il regrette, comme lui, l'ordre invariable qu'ont imposé les auteurs du pro-

jet, dans l'application de la peine et de la mesure de sûreté. Vis-à-vis, notamment, des détenus atteints d'une « infirmité mentale grave », il est fort peu indiqué que la sanction répressive doive précéder la mesure curative. Il faudrait introduire dans l'ordre successif plus de souplesse, peut-être conférer à cet égard à l'Administration pénitentiaire des pouvoirs étendus.

Voici, en revanche, deux points sur lesquels M. Donnedieu de Vabres s'éloigne de l'avis du D^r Xavier Abély, quant à l'appréciation ou à l'interprétation de l'article 72.

Il s'agit, d'abord, de la durée minima de la peine (2 ans d'emprisonnement) exigée par les auteurs du projet, pour que la sentence comporte l'internement dans une maison spéciale de santé (ou asile de sûreté). Les auteurs du projet ont pensé que les infractions dont la peine *maxima* n'atteint pas ce chiffre ne révèlent pas de façon suffisamment certaine l'état dangereux du délinquant, pour que l'internement judiciaire doive nécessairement s'en suivre. Il ne faut pas oublier qu'à côté de l'article 72, le droit commun de la loi de 1838 subsiste, et que l'internement, s'il est nécessaire pour la sécurité publique, peut toujours être ordonné par l'autorité administrative. Les exemples cités par M. le D^r Xavier Abély ne sont pas absolument pertinents, parce qu'ils sont empruntés au Code pénal actuel, et non à la partie spéciale du projet. Loin d'abaisser les *maxima* des peines, les auteurs du projet les ont maintenus, et les ont parfois élevés. Ils ont pu le faire, parce qu'ils ont élargi l'effet des circonstances atténuantes.

M. Donnedieu de Vabres ne pense pas que les auteurs de l'article 72 aient voulu confier au juge le soin de fixer, dans la sentence, la durée de l'internement curatif. L'article 72 ne contient qu'un renvoi au Code d'instruction criminelle. La durée de l'internement ne serait pas fixée *a priori*, devant dépendre de l'évolution ultérieure de la maladie.

Quant aux propositions de M. le D^r Xavier Abély, M. Donnedieu de Vabres se permet de formuler deux réserves.

La plus importante concerne l'attribution de compétence, à l'égard de l'internement de sûreté, à un juge autre que le juge répressif. Ceci serait en contradiction flagrante avec l'esprit du projet. La mesure de sûreté est, comme la peine, une mesure de défense sociale. Elle relève normalement de ceux qui, ayant instruit l'affaire, ont pu apprécier l'état dangereux du délinquant. Les auteurs du projet ont confié aux juges un rôle administratif qui les associe à l'exécution de la sentence. Cette fonction ne peut être remplie par des juges civils. La proposition de M. Xavier

Abély, sur ce point, est contraire à la spécialisation du juge pénal.

M. Donnedieu de Vabres ne saurait approuver davantage la proposition suivant laquelle la *peine*, prononcée contre le demi-responsable, serait *subie* par lui, dans un asile de sûreté. Il faut maintenir la correspondance entre la qualification et le régime. Si, à l'égard de certains défectueux mentaux, la mesure de sûreté doit être entièrement *substituée* à la peine, — ce qui est probable — il vaut mieux le dire.

M^e Clément CHARPENTIER, *avocat à la Cour, Secrétaire général de la Société générale des prisons et de législation criminelle*, remercie vivement la *Société médico-psychologique* d'avoir bien voulu accepter les suggestions de son Secrétaire général d'étudier la question des mesures de sûreté et de donner son avis sur le projet de refonte du Code Pénal qui a été déposé à la Chambre des Députés par le Garde des Sceaux.

Il insiste sur la grande importance de la rédaction des articles 68 et suivants du dit projet, étant donné que c'est toute la question des expertises mentales et du sort à réserver aux délinquants ayant des troubles mentaux qui se trouve résolue dans ces articles. Chaque mot doit être pesé, chaque terme doit être étudié.

Les observations de M. le D^r Xavier Abély et de MM. Picard et Henri Ey indiquent, du fait même qu'ils ne sont pas d'accord, les difficultés existantes. M^e Clément Charpentier ne veut pas essayer de les résoudre. Il indique simplement les questions qui se posent.

Le seul point sur lequel il peut être, dès maintenant, répondu au D^r Xavier Abély est la question de la nécessité de laisser la compétence des faits d'ordre pénal aux juges répressifs qui peuvent assurer le contrôle de la liberté individuelle à raison de la présence du Ministère Public et de l'avocat ; il s'agit d'états mentaux qui se sont révélés à l'occasion d'un crime ou d'un délit ; c'est donc chez le juge d'instruction ou au Tribunal correctionnel qu'il y a lieu de se préoccuper des questions intéressant la liberté individuelle.

Quant aux autres questions : fixation d'avance de la durée de séjour dans les maisons de sûreté, ou dans les maisons de santé, ou dans les dépôts de mendicité, une étude complète doit être poursuivie, de même que pour fixer les lieux d'internement, pour définir les « maisons spéciales de santé », etc...

Toutes les connaissances des médecins des Asiles et des médecins aliénistes, connaissant bien les aliénés, sont nécessaires.

Il apparaît possible qu'en envisageant une théorie très générale et très simple, on pourrait dire que les individus atteints de troubles mentaux pourront être placés dans des Asiles de l'Etat, et que, tous les 6 mois, il serait décidé sur leur sort par une Commission pouvant être composée de magistrats, de médecins, en présence du Ministère Public et de la défense.

M. RAYNEAU. — J'ai, avant la guerre, visité près de Cologne, sous la conduite d'Aschaffenburg, un établissement de redressement, comme il en existait dans d'autres états allemands, appelé Arbeitsanstalt. Cet établissement, destiné à réapprendre le travail aux délinquants, comprenait deux sections. L'une, dirigée par des fonctionnaires non médecins (en l'espèce des officiers du génie) était réservée aux mendiants, aux souteneurs et autres délinquants dont le caractère pathologique n'était pas très évident. L'autre, dirigée par des psychiatres, était réservée aux alcooliques, aux toxicomanes, aux épileptiques, dont la tare paraissait de nature plus morbide.

Le juge, en prononçant la peine encourue d'après le Code, avait le droit de décider en outre le placement dans l'Arbeitsanstalt. Cette décision dépendait de son appréciation personnelle, ainsi que celle de la durée du placement. Mais il ne prononçait la sortie qu'après l'avis du fonctionnaire directeur de la première section quand il s'agissait de délinquants de cette catégorie, et qu'après l'avis du psychiatre directeur de la seconde section, quand il s'agissait de délinquants de cette catégorie.

M. H. BEAUDOUIN. — Je proposerais de remplacer la première phrase de l'article 72. Au lieu de formuler : « *Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit* », dire : « *Tout auteur d'un crime ou d'un délit, reconnu aliéné* ». Cette rédaction impliquerait la nécessité d'une expertise médicale, nécessité qui s'impose, car seul le psychiatre est compétent pour faire le diagnostic d'aliénation mentale.

M. GOURIOU. — Le juge répressif devrait pouvoir décider si le sujet sera placé dans un asile de sûreté ou dans un asile ordinaire. Cela parce que parmi les délinquants ayant besoin de traitement, les uns ont la mentalité du criminel, les autres ne l'ont pas. Il serait néfaste et contraire à la loi morale d'imposer une cohabitation thérapeutique à ces deux catégories de sujets..

La Société décide de remettre la suite de la *discussion* à la séance du *lundi 25 février 1935*. Une *Commission* est chargée d'étudier les articles du projet de loi relatif aux mesures de sûreté et de proposer des modifications lors de la séance du 25 février 1935.

A l'unanimité des membres présents, sont désignés pour faire partie de cette *Commission* : MM. X. ABÉLY, H. BEAUDOUIN, CAPGRAS, GOURIOU, GUIRAUD, HEUYER, LAUZIER, LÉVY-VALENSI et RAYNEAU. Il sera demandé à M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES et à M^e Clément CHARPENTIER d'assister la Commission au point de vue juridique.

Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce d'apparition récente, par MM. HYVERT, STOERR, G. et M. COHN.

Les travaux récents, sur les rapports de la démence précoce et de la tuberculose, n'ont pas seulement donné un regain d'actualité à une question déjà ancienne, mais en outre ont inspiré des essais thérapeutiques assez hésitants d'ailleurs. Les sels d'or ont été employés soit seuls, soit associés à la pyrétothérapie. Dans le premier cas, ils semblent n'avoir donné que des résultats médiocres si l'on se réfère aux allusions peu encourageantes trouvées dans quelques travaux. Un peu plus heureuse a été l'association de la pyrétothérapie par l'huile soufrée et de la chrysothérapie puisque quelques résultats satisfaisants ont été publiés. Cependant à leur lecture on ne manque pas d'être surpris des doses totales relativement faibles de sels d'or employés.

L'on sait que les phthisiologues prolongent la thérapeutique aurique pendant des mois, des années même et il est permis de se demander s'il ne convient pas d'agir ainsi dans la démence précoce. C'est ce que nous faisons à l'asile de Dury depuis plusieurs années. Ce traitement fut appliqué non seulement aux malades récents, mais encore à de nombreux malades anciens, soit que leur état physique ait rendu nécessaire une action immédiate, soit dans un but de recherche.

Nous ne publierons aujourd'hui que les résultats obtenus chez les malades récents, et, ainsi que nous allons le voir, ils sont très encourageants.

Par malades récents, nous entendons ceux dont le début de l'affection peut être approximativement fixé à quelques mois au plus et cela élimine d'emblée la démence précoce d'évolution lente qui n'aboutit à l'asile que plusieurs années après le début apparent, alors que les familles éprouvent de grosses difficultés à

garder leurs malades. C'est dire que tous nos malades ont présenté un épisode aigu : confusion mentale, agitation, etc... Il n'en demeure pas moins que cet épisode une fois terminé il persistait dans tous les cas des éléments qui imposaient un diagnostic précis et un pronostic réservé : de la désintégration de la personnalité, du négativisme, de la catatonie, de l'indifférence et des petits symptômes si caractéristiques, comme le maniérisme, la monotonie de l'expression, la dysharmonie de la mimique, les rires inadéquats, etc. Cela nous amène au choix des malades qui a retenu toute notre attention.

Tout d'abord, nous avons éliminé systématiquement tous ceux qui pouvaient s'apparenter quelque peu à des bouffées délirantes et tous ceux qui avaient présenté des accidents antérieurs.

Malgré cela, nous ne pouvons nous dissimuler la quasi impossibilité où nous sommes de prouver l'exactitude, toute relative d'ailleurs, de nos diagnostics.

En l'absence de tout critère biologique, l'évolution seule amène des éléments de certitude et l'on se trouve alors placé dans le dilemme suivant :

Ou bien le traitement est commencé de suite et en cas d'amélioration l'on ne saura jamais si le malade était réellement un dément précoce, ou bien il faut attendre et avec le temps l'action thérapeutique risque d'être moins efficace.

Aussi n'avons-nous conservé que des malades cliniquement évidents et chez lesquels on se trouvait dans l'impossibilité de poser un autre diagnostic que celui de démence précoce.

Le traitement a été au début assez hésitant. Les techniques prudentes employées en phtisiologie ont été appliquées, c'est-à-dire pour commencer des doses faibles et ensuite des doses croissantes administrées d'une manière très progressive sans dépasser le maximum de 0 gr. 30 de crisalbine, par exemple, par injection hebdomadaire. Or, il advint que les doses de 0 gr. 20 ou de 0 gr. 25 semblèrent être très mal supportées par la plupart des malades. Nous avons vu survenir, sous l'influence d'une telle thérapeutique, des périodes d'excitation, des états confusionnels, soit simples, soit avec onirisme et accompagnés de fièvre. Cela nous a amené à n'employer que des doses faibles et nous avons vu ainsi dans la plupart des cas disparaître les complications.

Voici donc le mode d'application qui nous a donné les meilleurs résultats :

Nous pratiquons une injection hebdomadaire, de :

1° Crisalbine par voie intra-veineuse : 5 ou 10 centigrammes, rarement 15 ;

2° Allochrysine par voie intra-musculaire : 5 centigrammes, jamais 10 ;

3° Myoral par voie intra-musculaire : 10 ou 20 centigrammes.

Ce dernier produit a paru être mieux toléré et permettre l'application de doses plus élevées.

La dose totale injectée à chaque malade a été extrêmement variable, en raison même de différences très marquées dans l'évolution.

Des améliorations très nettes ont été obtenues avec des doses faibles : 1 gr., 1 gr. 90, 2 gr., mais, chez la plupart, il a fallu atteindre une dose totale de 5, 6, 7 et même 8 gr. 70 avant d'obtenir le résultat escompté.

Nous présentons 13 observations se rapportant à des malades entrepris en 1932 et en 1933, laissant ainsi de côté les malades entrés en 1934 pour lesquels nous manquons et l'action thérapeutique prolongée et le recul du temps. Sur ces 13 malades, nous avons vu survenir 11 rémissions complètes, soit un pourcentage de 80 %. Ce résultat dépasse de beaucoup tout ce que l'on peut observer, soit par l'évolution spontanée, soit par aucune autre thérapeutique.

L'amélioration a été presque toujours progressive et a mis souvent plusieurs mois à se dessiner. Elle s'est effectuée suivant la manière habituelle des rémissions spontanées chez de tels malades. Aucune rechute n'a été constatée. Deux malades ont résisté jusqu'à maintenant à tout traitement : un jeune garçon (obs. III) qui a fait une légère albuminurie et une femme (obs. IV) qui présentait à son entrée un état dépressif dont le caractère spécial n'a été reconnu que plus tard, ce qui a amené une application tardive du traitement.

Ces deux observations sont elles-mêmes fort instructives, car il est particulièrement intéressant de constater que les deux malades chez qui le traitement a été appliqué avec irrégularité sont les seuls à ne pas présenter d'amélioration nette.

Voici le résumé schématique des observations : ainsi qu'on le verra chez deux malades (obs. IX et X), la pyrétothérapie par la sulfosine a été employée en même temps que la chrysothérapie. Les résultats immédiats ont été nuls. Chez une malade (obs. X) ont été pratiquées des injections intrarachidiennes de sérum de Jousset et c'est à leur suite qu'est apparue assez rapidement l'amélioration sans qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre les deux éléments.

OBS. I. — B... Andrée, entre le 29 septembre 1932.

Schéma clinique : démence précoce d'apparition récente, avec alternative de dépression et d'excitation : maniérisme, stéréotypies d'attitude, négativisme, refus d'aliments, gâtisme.

Traitement : crisalbine à doses croissantes continuée longtemps à 0,20. Dose totale : 7 gr. 65.

Incident : aucun.

Evolution : amélioration dès juin 1933. Disparition totale et progressive de la symptomatologie. Sort en novembre en état de rémission complète. Gain de poids, 15 kgr.

OBS. II. — D... André, 18 ans, entre le 9 janvier 1933.

Schéma clinique : syndrome hétérophrénique d'apparition récente avec excitation légère, inaffectivité, maniérisme, rires immotivés, température irrégulière.

Traitement : crisalbine à doses croissantes, interruptions de quelques mois, reprises du traitement à doses moins fortes (0,10). Dose totale : 8 gr. 70.

Incidents : sous l'influence, semble-t-il, des doses fortes de crisalbine, poussée confusionnelle en avril 1933.

Evolution : dès la fin de 1933, amélioration nette. Disparition progressive de tous les symptômes. Demande à travailler. Sorti en août 1934 en état de rémission complète.

OBS. III. — D... André, 16 ans, entre le 27 janvier 1933.

Schéma clinique : bouffées demi-confusionnelles avec éléments atypiques, rires immotivés, bizarreries, dans l'intervalle desquelles le malade est indifférent.

Traitement : crisalbine à doses moyennes jusqu'à un total de 4,45. Arrêt en octobre 1933. Reprise en janvier 1934 : à 0,05, 1 gr. 95. Dose totale : 6 gr. 40.

Incidents : albuminurie en octobre 1933 qui oblige à interrompre momentanément le traitement.

Evolution : amélioration à la fin de 1933, travaille régulièrement, puis rechûte avec confusion et gâtisme. Actuellement, légèrement amélioré, mais indifférent, bizarre, avec des sourires ironiques et des rires inadéquats.

OBS. IV. — Br..., 36 ans, entre le 10 mars 1932.

Schéma clinique : état dépressif typique avec hallucinations psychomotrices fugaces, désintégrations de la personnalité, maniérisme, négativisme, gâtisme, acné de la face.

Traitement : crisalbine : 0,05 et 0,10 : 1 gr. 65 en 1933 ; 3 gr. 25 en 1934. Dose totale : 4 gr. 90.

Incident : aucun.

Evolution : disparition de l'acné et du gâtisme. Persistance de l'indifférence, du maniérisme et du négativisme.

OBS. V. — B..., 23 ans, entre le 28 mai 1933.

Schéma clinique : début par état confusionnel, puis indifférence, inactivité, hostilité, mutisme, gâtisme, tentative d'automutilation des organes génitaux.

Traitement : crisalbine, 0,05 et 0,10. Dose totale : 6 gr. 80.

Incident : aucun.

Evolution : lentement progressive à partir du début de 1934 jusqu'à la disparition totale des symptômes. Sort en rémission complète le 25 juin 1934. Gain de poids, 10 kgr.

OBS. VI. — L... Micheline, 20 ans, entre le 1^{er} mai 1933.

Schéma clinique : début par état dépressif atypique, avec bizarreries du comportement, tentative de suicide suivie d'un état de stupeur avec mutisme et gâtisme, suivi lui-même d'un état d'excitation permanente avec désintégration de la personnalité. Température élevée et irrégulière.

Traitement : de mai à novembre 1933, crisalbine, 0,05 et 0,10. Dose totale : 3,50. En janvier 1934, myoral, 0,10. Dose totale : 1,80.

Incident : aucun.

Evolution : dès février 1934, disparition rapide de l'excitation. Le reste de la symptomatologie s'atténue lentement. Sort en avril 1934 en rémission complète. Gain de poids, 10 kgr.

OBS. VII. — D... Micheline, 23 ans, début en février 1933.

Schéma clinique : au début, obsessions sans anxiété, amaigrissement, puis indifférence, inactivité, hostilité, gâtisme fugace.

Traitement : crisalbine, 0,05, 0,10, 0,15, une injection par semaine. Dose totale : 5,25.

Incident : aucun.

Evolution : reprise rapide du poids (5 kgr.), disparition progressive, de l'indifférence et de l'hostilité en quatre mois environ. Disparition plus lente des éléments obsessionnels. Guérison clinique en mai 1934.

OBS. VIII. — P... Emile, 30 ans, entre le 30 mai 1933.

Schéma clinique : au début, aspect de bouffée délirante avec quelques bizarreries ; ensuite, cet état est remplacé par un délire paranoïde, avec sourires ironiques, rires immotivés, impulsions, désintégration profonde de la personnalité.

Traitement : crisalbine, 0,05, 0,10, 2 gr. 30, une injection par semaine, arrêt trois mois, puis reprise aux mêmes doses, 1 gr. 40. Dose totale : 3 gr. 70.

Incident : aucun.

Evolution : semble s'aggraver progressivement pendant six mois, puis, vers février 1934, début d'une amélioration progressive. Disparition de toute la symptomatologie. Sort le 1^{er} août 1934 en rémission complète. Gain de poids : 8 kgr.

OBS. IX. — D... Henriette, 27 ans, entre en juillet 1933.

Schéma clinique : excitation maniaque atypique avec bizarreries, absence de contact avec le monde extérieur, indifférence, ambivalence, température 38°, irrégulière. Réflexe oculo-cardiaque : 0.

Traitement : 1° crisalbine, 0,05, 0,10, 2,45, jusqu'en novembre 1933; 2° en décembre 1933 et janvier 1934, allochrysine à 5 cgr. toutes les semaines et sulfosine : 2 cm., 3 ctgr. 5, 4 ctgr. 5, 6 cm., dose totale d'allochrysine, 0,40 ; 3° ensuite, myoral, 0,10. Dose totale : 2 gr.

Incident : aucun.

Evolution : dès le mois de mars, disparition progressive de l'excitation et de la fièvre, avec persistance de l'indifférence et apparition de maniérisme. Ces symptômes finissent eux-mêmes par disparaître en quelques mois. Sort en août 1934 en état de rémission complète. Gain : 7 kgr.

OBS. X. — D... Suzanne, 18 ans, entre en août 1933.

Schéma clinique : indifférence, désintérêt, bradypsychie, rires immotivés, stéréotypies, catatonie marquée. Réflexe oculo-cardiaque : 0.

Traitement : 1° crisalbine, 0,05, 0,10, 0,15. Dose totale : 1,70 ; 2° décembre 1933 et janvier 1934, sulfosine, allochrysine, sulfosine : 1 cc., 3 cc., 5 cc., 6 cc., 7 cc., 10 cc. ; allochrysine : 10 injections à 0,05 : 0 gr. 50 ; 3° en février et mars, trois injections intra-rachidiennes de 20 cc. de sérum antibacillaire de Jousset, réaction faible.

Incident : aucun.

Evolution : après le sérum antibacillaire, amélioration rapide. Disparition progressive de toute la symptomatologie. Sort, en rémission complète, en août 1934.

OBS. XI. — R... Eugène, 20 ans, entre le 26 août 1933.

Schéma clinique : début il y a deux mois, vagues idées de persécutions, inaffectivité, hostilité, indifférence, maniérisme, réflexe oculo-cardiaque : 0. Température souvent au-dessus de 37°5.

Traitement : crisalbine, 0,15, 0,10. Dose totale : 1 gr.

Incident : aucun.

Evolution : la plus rapide de celles que nous avons observées ; disparition en deux mois de toute la symptomatologie. Sort en novembre 1933 en rémission complète. On conseille de continuer le traitement.

OBS. XII. — H... Gisèle, 27 ans, entre le 12 octobre 1933.

Schéma clinique : état dépressif, automatisme mental fruste, tentative de suicide (fracture du bassin), indifférence, rires immotivés, bizarreries du comportement, mutisme. Réflexe oculo-cardiaque : légèrement positif.

Traitement : début en novembre par crisalbine, 0,05, 0,10. Dose totale, 1,30, puis myoral, 0 gr. 60.

Incident : aucun.

Evolution : au mois de janvier, disparition progressive des symptômes. Celle-ci est totale fin février. Sort en mars en rémission complète. Gain de poids, 22 kgr.

OBS. XIII. — M..., femme M..., 29 ans, entre le 24 octobre 1933.

Schéma clinique : excitation transitoire sans contact avec l'extérieur, inaffectivité, désintérêt, rires immotivés, stéréotypies, bizarreries du comportement.

Traitement : crisalbine, 0,05, 0,10, 0,15. Dose totale : 5 gr. 45.

Incident : aucun.

Evolution : au bout de deux mois de traitement, reprise de l'excitation pendant que peu à peu les autres symptômes s'atténuent. L'excitation finit par prendre un type maniaque plus pur avec cependant un peu d'hostilité et cesse presque brusquement en septembre 1934. Aucun élément hétérophrénique ne persiste. Sort en octobre 1934 en rémission complète. Gain de poids, 15 kgr.

Que peut-on conclure de ces résultats ? Il convient vraisemblablement de ne pas en exagérer l'importance et d'éviter d'en tirer des conclusions trop précises ou trop hâtives. Cependant, il a pu nous sembler qu'il y avait là autre chose que des coïncidences ou alors il faudrait admettre l'apparition brusque d'une fréquence inusitée dans les rémissions spontanées.

Seul l'emploi de cette thérapeutique dans un cadre plus vaste pourrait nous fournir les précisions utiles sur sa valeur.

Aussi, avant de terminer, voulons-nous insister sur les points suivants :

1° L'action thérapeutique a été d'autant plus rapidement efficace que les malades ont été soignés plus tôt après le début apparent de leur maladie. Une malade chez laquelle le diagnostic a été hésitant pendant quelques mois n'a pas encore bénéficié du traitement malgré l'application d'une dose totale de sels d'or assez importante.

2° Les doses faibles semblent seules bien tolérées.

3° Le traitement doit être appliqué sans aucune interruption et avec persévérance jusqu'à l'obtention d'un résultat favorable. Il s'agit réellement d'une chrysothérapie prolongée.

4° Il semble utile de conseiller aux malades, à leur sortie de l'asile, soit la continuation du traitement, s'ils ont eu des doses totales faibles, soit sa reprise au bout de quelques mois.

En agissant ainsi, nous n'avons pas encore observé de rechutes.

Parallèlement aux malades atteints de démence précoce, d'apparition récente, nous avons soigné de la même façon des malades anciens pour la plupart, internés depuis plusieurs années. Les

résultats obtenus ont été tout à fait différents et feront l'objet d'une prochaine communication.

M. CARON. — M. le Professeur Claude, très intéressé par l'annonce de la communication de MM. Hyvert, Stoerr et Cohn, a malheureusement été empêché d'assister à la séance et m'a chargé de vous prier de l'excuser. Depuis les premiers cas rapportés par MM. Claude, Ey et Dublineau au Congrès de Thérapeutique de 1933, nous continuons, à la Clinique, à appliquer la thérapeutique conjuguant l'huile soufrée pyrétogène et les sels d'or. Il est intéressant de comparer les résultats ainsi obtenus à ceux que donne la chrysothérapie seule. On pourrait se demander en effet si, dans les résultats de la thérapeutique conjugée, la part la plus importante ne reviendrait pas à la chrysothérapie. En fait, parmi les résultats favorables publiés par M. Claude et ses collaborateurs et parmi ceux que nous avons encore observés à la Clinique depuis la parution de la thèse de Kerfridin, un certain nombre ont été obtenus avec la pyrétothérapie soufrée seule. — J'ai relevé les observations de 28 cas traités à la Clinique depuis la dernière publication. J'y ai trouvé 13 guérisons ou améliorations suffisantes pour autoriser à parler pratiquement de guérison, 1 amélioration légère, 4 échecs après amélioration transitoire et 10 échecs purs et simples. Les 13 guérisons (malades sorties en liberté et dont certaines ont été revues depuis, toujours en bonne santé) se rapportaient à :

3 syndromes d'excitation maniaque, que nous laisserons en dehors de la question actuelle ;

10 cas dans lesquels existaient des éléments de diagnostic de démence précoce plus ou moins caractérisés. Un certain nombre de ces observations pourront être discutées : dans 6 cas, il s'agit de ces formes d'agitation incohérente qu'on préfère habituellement étiqueter prudemment « confusion », mais qui offrent un caractère de dissociation psychique tel que, avec l'appui de certains éléments significatifs, on sait bien que l'évolution a toutes chances d'être celle d'une démence précoce de plus en plus caractérisée.

C'est une chose différente de conduire une expérimentation théorique, sur des bases rigoureuses éliminant toute objection, et de traiter des malades dans des conditions pratiques. Tous les auteurs sont d'accord, et M. Stoerr vient d'y insister, sur la nécessité d'opposer un traitement précoce à un processus encore susceptible de réduction. On ne saurait, dans ces conditions, prétendre laisser l'évolution de la maladie en dessiner jusqu'au bout

tous les traits caractéristiques avant d'en entreprendre le traitement.

2 cas se rapportent à des formes paranoïdes (dont une post-puerpérale), une autre observation montre une dissociation de type schizophrénique, le 10^e cas comporte un diagnostic de démence précoce indiscutable, appuyé sur l'apparition d'une indifférence progressive, l'incohérence des propos et des actes, avec vagues idées de persécution, etc... La malade, sortie sensiblement guérie au début de mai, a été revue ces jours derniers et va tout à fait bien.

Sur ces 10 malades, 4 avaient été traitées par la sulfosine seule ; dans deux cas, les malades avaient reçu en même temps des injections de solganal ; pour les autres, on a employé l'allochrysine, l'oléochrysine, le myoral, et la myochrysine huileuse.

La dose moyenne que nous faisons correspond, par injection, à 0 gr. 10 ou 0 gr. 20 d'allochrysine, 2 ou 3 cc. de myoral. MM. Hyvert, Stoerr et Cohn signalent, pour des doses comme 0 gr. 20 d'allochrysine, des accidents fréquents. Pour notre part, nous n'en avons à peu près jamais observé. Du moins, les accidents toxiques que nous avons vus se limitent à de rares érythrodermies. Quant aux poussées d'excitation, s'il s'en montre, il me semble difficile de déterminer si leur apparition représente une phase de l'évolution de la maladie ou une réaction qui n'est pas forcément défavorable. Nous intercalons les injections auriques et celles d'huile soufrée, ce qui représente pour chacune un rythme d'une période de 5 jours en moyenne.

Au cours de la sulfothérapie proprement dite, 10 injections de sels d'or trouvent ainsi leur place. Mais nous pensons utile de prolonger ensuite la chrysothérapie, et, dans les 6 cas auxquels je fais allusion, les injections de sels d'or avaient été poursuivies pendant quelques semaines ensuite, le nombre total des injections de la série aurique étant de 15 à 18. Nous tendons de plus en plus à agir ainsi dans tous les cas. Si on tient compte des doses réduites des premières injections de la série, le total de sels d'or est resté cependant jusqu'à présent très au-dessous de celui qu'emploient M. Hyvert et ses collaborateurs.

J'ai voulu seulement apporter quelques données à la Société à propos de la communication de MM. Hyvert, Stoerr et Cohn ; je pense d'ailleurs que les données recueillies à la Clinique seront publiées ultérieurement d'une façon plus détaillée.

M. PICARD. — Pendant trois ans et demi, j'ai appliqué la chrysothérapie à tous les malades de mon service suspects de démence

précoce. Quand je l'ai employée seule, je n'ai constaté aucun succès. Quand je l'ai employée avec la pyrétothérapie, j'ai constaté quelques rémissions que je crois dues à celle-ci seulement. Pour conclure, la chrysothérapie s'est révélée entre mes mains sans action contre les troubles mentaux, mais efficace contre les troubles physiques des tuberculeux.

M. DUBLINEAU. — M. Hyvert signale dans sa communication des accidents auriques chez ses malades. Sur près de 50 sujets traités par l'association sulfochrysothérapique dans le service du Professeur Claude, nous n'avons constaté le fait qu'une fois, avec 1 gr. d'allochrysine (jeune fille ayant présenté de l'albuminurie avant le traitement et dont le père avait subi une néphrectomie pour tuberculose rénale). Ce ne fut d'ailleurs qu'un érythème transitoire qui disparut en quelques jours. On peut se demander si l'huile soufrée (et plus spécialement le soufre) n'intervient pas comme préventif de ces accidents. On sait d'ailleurs que l'hyposulfite de soude est utilisé actuellement dans ce but en médecine générale par nombre de chrysothérapeutes.

Pour ce qui est de l'action propre des sels d'or, nous n'avons observé qu'une fois, avec l'aurothérapie seule, un résultat favorable. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années, entré à la Clinique en état de stupeur catatonique. Il était porteur de multiples cicatrices d'abcès froids et avait par ailleurs un masque d'imprégnation bacillaire très accusé, sans signes pulmonaires précis. Quelques injections de solganal (quarante centigrammes en tout) lui furent pratiquées. En quelques semaines, le sujet était revenu à la normale ; au point qu'à l'époque, on crut devoir infirmer le diagnostic de démence précoce antérieurement porté. La relation de cause à effet ne saurait de toutes façons être affirmée dans ce cas. Par contre, il ne nous paraît pas douteux qu'un pourcentage de rémissions intéressant a pu être obtenu à la suite du traitement conjugué sulfosine-sels d'or. La précocité du traitement, le jeune âge du sujet, semblent être, à défaut d'indications étiologiques précises, les conditions essentielles d'un résultat favorable.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON ET P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 Décembre 1934

Présidence : M. VURPAS, président

Syndrome de Claude-Bernard-Horner traumatique avec maladie de Dupuytren et anxiété paroxystique par aérophagie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. BONNARD et M. GAUTIER.

Ces auteurs présentent un malade de 37 ans chez qui coexistent une maladie de Dupuytren, un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche et des angoisses précordiales. La maladie de Dupuytren remonte à huit ans. Le syndrome de Claude Bernard-Horner remonte au 6 février 1934 : il est dû à une blessure par balle du sympathique cervical gauche. Les angoisses précordiales, d'apparition récente, sont liées à des troubles digestifs avec aérophagie.

Interventions chirurgicales pour syndrome de Wolkman,
par MM. ANDRÉ-THOMAS et SOREL.

Présentation de quatre cas de syndrome de Wolkman consécutifs à des fractures du coude plâtrées chez l'enfant, troubles trophiques et sensitifs importants consécutifs à l'appareillage. La myosclérose qui est à la base de toutes les complications vasculo-nerveuses reste mystérieuse dans son étiologie. L'intervention consiste en une libération du paquet vasculo-nerveux et résection des os de l'avant-bras.

Torticolis spasmodique ayant débuté par un spasme des oculogyres,
par MM. J. LHERMITTE et P. CHASTENET DE GÉRY.

Il s'agit d'un adulte dont le torticolis fut précédé par un spasme des lévogyres oculaires, ensuite les muscles du cou présentèrent des contrac-

tions toniques et cloniques qui portèrent la tête du côté gauche, les spasmes diffusèrent sur le bras gauche, puis le torticolis se transforma en un rétrocolis si prononcé et si grave que l'existence même du malade était compromise. On fit alors la section des trapèzes, des splénus, des complexus et des obliques du cou, enfin de la partie postérieure des sterno-mastoïdiens. Dès le lendemain de l'intervention, le malade fut très amélioré, mais la guérison ne survint que trois mois après.

De ce fait il résulte : 1° que le torticolis spasmodique peut être la conséquence d'une latéropulsion oculaire ; et 2° que la myotonie agit non pas seulement mécaniquement mais plutôt en supprimant les voies afférentes de certaines excitations profondes spasmogènes.

Hyperpnée expérimentale, par M. LARUELLE (de Bruxelles).

M. Laruelle fait une longue présentation avec projections dans laquelle il met en évidence l'intérêt clinique de l'hyperpnée qui permet des diagnostics neurologiques précoces en sensibilisant les signes de la série pyramidale, extra-pyramidale et cérébelleuse. Dans 35 0/0 des cas, l'évolution ultérieure de la maladie a confirmé un diagnostic que l'hyperpnée seule avait permis de poser précocement. L'auteur insiste sur les services que peut rendre l'hyperpnée en séméiologie nerveuse.

Syndrome acromégalique au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, par MM. BAUDOUIN et PUECH.

Relation d'un cas où, à côté de la symptomatologie classique de la tumeur de l'angle ponto-cérébelleux, s'était développé un syndrome acromégalique. A l'intervention, on constate la présence, outre la tumeur de l'angle, d'un adénome de l'hypophyse.

Syndrome amaurotique hypertensif, par MM. Mathieu-Pierre WEIL, V. OUMANSKY et P. KLOTZ.

Cette malade âgée de 28 ans fut prise brusquement, il y a un an, d'une céphalée intense avec troubles visuels graves (neuro-rétinite d'abord, puis stase papillaire bilatérale) ayant entraîné une cécité complète. En même temps s'était installée une paraplégie spasmodique qui rendait impossible la marche et la station debout. Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu, riche en polynucléaires, présentant une dissociation du Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal.

Une trépanation décompressive faite d'abord à gauche, puis quelques jours après, à droite, fit seule disparaître les troubles oculaires. Les signes pyramidaux associés à un syndrome cérébelleux persistèrent pendant plusieurs mois puis s'atténuèrent progressivement. Il ne subsiste plus à l'heure actuelle qu'une exagération des réflexes tendineux, quelques mouvements nystagmiformes dans les mouvements extrêmes de l'œil. L'acuité visuelle est redevenue normale.

Il s'agit donc d'un de ces cas exceptionnels de sclérose en plaques à début pseudo-tumoral. Il est plus exceptionnel encore que l'importance des signes d'hypertension intra-cranienne (en particulier des troubles oculaires) nécessite comme dans ce cas une intervention chirurgicale.

Deux cas de poliomyélite antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale. — Etiologie syphilitique vraisemblable de l'un des cas, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et BOULEY.

Présentation de deux cas de poliomyélite antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale, sans atteinte bulbaire malgré la longue évolution (38 ans et 16 ans). L'existence de symptômes pyramidaux, d'ailleurs au second plan, ne permet pas de rattacher ce type de poliomyélite antérieure chronique à la sclérose latérale amyotrophique, si différente par son évolution régulièrement progressive et par son extension bulbaire. Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la poliomyélite antérieure chronique se pose dans un des cas.

Deux cas de syndrome neuro-anémique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, R. SCHWOB et H. GALLOT.

Ces auteurs rapportent deux observations de syndrome neuro-anémique et présentent un des malades. Ces deux cas sont calqués l'un sur l'autre. Longue évolution (11 ans-4 ans), début par les troubles dyspeptiques et anorexiques, puis phénomènes douloureux des membres inférieurs, troubles de la coordination, diminution de la force musculaire pour les muscles de la loge antéro-externe de la jambe, signe de l'éventail dans le premier cas, signe de Babinski dans le second. L'anémie est peu intense (au plus trois millions), mais l'asthénie est très marquée.

L'anémie et les troubles neurologiques évoluent indépendamment l'un de l'autre, ainsi qu'en fait foi l'étude des diverses phases de la maladie par rapport à la formule sanguine. Les auteurs insistent sur l'importance des troubles dyspeptiques primitifs faits d'achylie et d'anachlorhydrie. Ils estiment que les troubles neurologiques et l'anémie ne sont que deux symptômes déterminés par un agent causal unique qui échappe à nos investigations, et ils rappellent à ce propos les diverses hypothèses que l'achylie et l'anachlorhydrie ont fait naître pour expliquer et l'anémie pernicieuse et les syndromes neuro-anémiques : principe antigermineux, non utilisation de la vitamine B, hémotoxines et neurotoxines d'origine intestinale.

Embolie gazeuse cérébrale d'origine périphérique. Étude anatomique, par MM. J. LHERMITTE et BARRELET.

Il s'agit d'un homme atteint d'adénopathies cervicales néoplasiques, chez lequel se produisit, au cours d'interventions dans le but de biopsie, à deux reprises séparées par un intervalle de 8 jours, une hémiparésie dont la nature organique était évidente. Le malade succomba deux mois plus tard. L'étude anatomique montra l'intégrité apparente du réseau vasculaire, l'occlusion parfaite du trou de Botal, et surtout l'existence de lésions histologiques du cortex de l'hémisphère opposé à l'hémiparésie : état spumeux, foyers de désintégration périvasculaires, cytolysé des cellules nerveuses. L'existence de ces lésions montre que l'introduction de l'air dans une veine périphérique peut donner lieu à des accidents paralytiques spéciaux, lesquels ne sont pas dus à un réflexe tout hypothétique, mais à des troubles circulatoires directement causés par le passage de bulles aériennes dans les vaisseaux nourriciers du cerveau.

La substance innommée de Reichert et ses connexions,
par MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER.

Etude de la disposition topographique et des connexions de la substance innommée de Reichert. La substance innommée apparaît comme une formation d'origine olfactive reliée au système végétatif et au système extra-pyramidal (cellules olfacto-végétatives et olfacto-motrices). Elle se rapproche physiologiquement du noyau hypo-thalamo-mamillaire et de la substance réticulaire.

Cypho-scoliose et paraplégie. — A propos d'un cas de cypho-scoliose compliqué de paraplégie, par M. J. A. CHAVANY.

Jeune femme de 26 ans porteuse d'une importante paraplégie spasmodique avec tendance à la flexion dont le début remonte à 1930 et qui a évolué progressivement pour aboutir actuellement à un état grabataire. Troubles légers de la sensibilité sans niveau supérieur. Cliniquement et radiologiquement scoliose droite à grande courbure (type scoliose de l'adolescence) sans aucun signe de mal de Pott. Epreuve manométrique de Stookey très légèrement perturbée. Perméabilité lente mais non douteuse des espaces sous-arachnoïdiens au lipiodol. Liquide céphalo-rachidien normal. Présence d'un nystagmus dans le regard latéral. Aucun signe d'une maladie concomitante du système nerveux.

La pathogénie de cette curieuse complication des cypho-scolioses semble être dominée par les troubles de la circulation sanguine et lymphatique. L'ischémie résultante amène au niveau du segment médullaire qui répond à la scoliose des lésions irrémédiables de myélite qui portent à la fois sur les cellules et sur les faisceaux nerveux.

Crises de catalepsie avec aphasie, apraxie, perturbations instinctives mort en état de mal cataleptique, par MM. Henri BARUK et G. POUYEAU-DELILLE..

Association complexe de crises de catalepsie avec aphasie, apraxie et perturbations instinctives. Les crises étaient précédées d'exophtalmie. Les auteurs insistent sur l'individualité clinique du symptôme crise de catalepsie, trop oublié et perdu dans d'importantes synthèses nosographiques, sur le diagnostic différentiel avec l'épilepsie, sur l'intérêt de son association avec d'autres signes cérébraux, enfin sur la rareté de la mort dans les états de mal cataleptique.

Un cas d'ataxie aiguë polynévritique curable avec dissociation albumino-cytologique, par MM. Henri BARUK et G. POUYEAU-DELILLE.

Polynévrite d'origine infectieuse des membres inférieurs, associée à des signes d'ataxie aiguë avec dissociation albumino-cytologique. Les auteurs discutent la localisation des lésions. L'ataxie aiguë et la réaction méningée témoignent vraisemblablement d'une atteinte diffuse du névraxe. Ils rapprochent cette observation, spéciale par l'association de l'ataxie, des faits rapportés par MM. Guillain et Barré sous le nom de syndrome de radiculo-névrite aiguë curable avec dissociation albumino-cytologique.

Le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau. A propos de deux cas dont les abcès ont été enlevés, d'un seul bloc, sans les ponctionner ni les ouvrir. Guérison actuelle, par MM. Pierre PUECH et J.-A. CHAVANY.

Deux malades, chez lesquels l'un d'eux (P. Puech) a pu enlever d'une seule pièce, sans les ponctionner ni les ouvrir, deux volumineux abcès encapsulés profonds du cerveau : l'un frontal droit qui pesait 50 gr. ; l'autre rolandique droit qui pesait 35 gr. Les suites opératoires ont été aussi simples que s'il s'était agi d'une tumeur d'origine non inflammatoire, et les malades sont actuellement guéris.

Les auteurs insistent sur les avantages de cette technique quand il s'agit d'abcès encapsulés du cerveau pour ce qui est du pronostic immédiat, et surtout du pronostic d'avenir. Cette technique n'a encore été employée à l'étranger que d'une façon tout à fait exceptionnelle ; et les deux cas rapportés par les auteurs constituent les deux premiers cas français.

Forme familiale de l'encéphalite périaxile diffuse (maladie de Schilder). Observation anatomo-clinique, par MM. G. HEUYER, J. LHERMITTE, et Mlle Claire VOGT.

Observation de maladie de Schilder survenue chez une fillette qui était la sixième d'une famille de sept enfants dont trois étaient déjà morts avec des symptômes identiques. Cliniquement, évolution par poussées ; tous les signes de la maladie de Schilder se constituent au cours d'une de ces poussées aiguës en 15 jours : paralysie spasmodique, spasmes toniques, arrêt de la parole, apparition des troubles oculaires. La mort survint à 3 ans et demi dans un état de cachexie extrême et de déchéance intellectuelle accentuée. Anatomiquement, lésions classiques de la maladie de Schilder, démyélinisation massive de la substance blanche avec intégrité relative de la substance grise ; bande sous-corticale brunâtre de pigments lipoidiques. La particularité est l'atteinte profonde du cervelet, tant dans la substance blanche que dans la substance grise.

Acromégalie et syndrome adipo-génital.

Morphologie radiologique gastro-colique, par M. P.-R. BIZE.

M. P.-R. Bize rappelle qu'il est classique d'admettre qu'à l'acromégalie se juxtapose la splanchnomégalie. Le gigantisme du tube digestif, en particulier, a été signalé dans les cas de Chauffard et Ravaut, de Cushing et Davidoff, de P. Carnot.

Dans les deux cas d'acromégalie rapportés, l'estomac réalise le type ortho-tonique, voire hyper-tonique et hyper-sthénique (hyper-péristaltisme). Le côlon est absolument normal dans un cas, dans l'autre il est augmenté de volume dans sa presque totalité, réalisant en quelque sorte un mégapachy-côlon.

Dans les deux observations de syndrome adipo-génital, affection cliniquement en quelque sorte inverse de l'acromégalie, l'estomac est de dimension normale, de type plutôt hyposthénique ; il y a dans les deux cas un mega-dolicho-côlon net, surtout dans les portions ilio-sigmoïdiennes et de type plutôt hyposthénique.

Pierre MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

Séance du 10 Décembre 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

A propos des gauchers, par M. PIEDELIEVRE.

Discussion de la communication (séance du 8 octobre 1934).

M. Brisard félicite M. Piédelièvre de sa documentation variée et de ses remarques personnelles, mais il se demande pourquoi il n'admet pas que la gaucherie soit une anomalie constitutionnelle. Les arguments tirés de l'éducation et de l'imitation chez les enfants, pour importants qu'ils soient, ne semblent pas décisifs. Si l'enfant est d'abord ambimane, c'est que la droiterie ou la gaucherie naturelles n'ont pas encore eu le temps de se manifester. Il faudrait savoir à quel moment la prépondérance de tel ou tel hémisphère va se révéler. Il est des gestes spontanés et élémentaires qui ne dépendent ni de l'éducation, ni de l'imitation (lancement d'une pierre). La question reste pourtant assez mystérieuse. Quoi qu'il en soit, M. Brisard reconnaît, comme M. Piédelièvre, qu'en matière d'indemnisation, la main gauche du gaucher vaut moins que la main droite du droitier (le gaucher écrivant de la main droite).

M. Olivier appuie de son exemple personnel la thèse de M. Brisard.

M. Dufour préfère le test des cartes à jouer à celui du lancement d'une pierre, qui n'est pas applicable en cas de lésion notable d'une main. Il rappelle que les constatations anatomo-pathologiques sont en faveur de l'existence de centres préformés dans l'hémisphère droit chez les gauchers.

M. Roubinovitch a noté la fréquence de la gaucherie chez les enfants arriérés alors que les sourds-muets sont droitiers. La gaucherie tient donc à une anomalie constitutionnelle et à un défaut d'éducation.

M. Piédelièvre précise qu'il a voulu montrer que l'enfant est successivement : d'abord ambimane, puis ambidextre, puis, dans une troisième période, il s'oriente vers l'emploi de la main droite ou de la main gauche, enfin, quand l'orientation l'a conduit à l'usage prépondérant de la main gauche, il retourne par l'éducation au stade ambidextre. Ce fait montre que la gaucherie peut se corriger et que le terme d'anomalie constitutionnelle ne lui convient pas. Si les arriérés restent gauchers, c'est parce qu'ils ne s'éduquent pas bien dans les premiers temps de leur vie.

Société Française de Psychologie

Séance du 20 Novembre 1934

Présidence : M. LALO, président

La signification psychologique des modalités du Beau, par M. Raymond BAYER.

On peut concevoir de deux manières les rapports de la psychologie et de l'esthétique : la première est l'analyse du sujet devant l'objet d'art, méthode à laquelle manque le contrôle ; l'autre méthode consiste à partir d'un système de références, « l'univers de l'art », et à recourir ensuite à la psychologie. C'est celle-là que l'auteur s'est attaché à appliquer au mouvement et à la catégorie de la grâce.

Dans une première partie il développe, en s'appuyant notamment sur des exemples empruntés à la marche et à la course, l'idée que le rythme de la meilleure économie est aussi celui de la grâce.

Dans une seconde partie, il discute les faits qui semblent associer la grâce à l'effort. Une analyse plus poussée montre que l'impression de la grâce a pour condition le ralentissement des phases d'effort et l'allongement des phases de réussite. C'est ce que met en évidence, notamment, l'analyse du ralenti cinématographique, ou encore le chat qui se retourne en l'air, la danse, la « faiblesse triomphante » de l'escrimeur. Dans les arts, la grâce est liée à cette même ostentation.

Généralisant ces résultats, l'auteur voit dans les diverses catégories du beau autant de façons typiques et spécifiques de réussir. Chacune a sa résonance psychologique particulière, la grâce une euphorie légère, la variété l'alerte, etc. Toutes ne sont que des provinces de la psychologie du triomphe.

D. LAGACHE.

Séance du Jeudi 20 décembre 1934

Présidence : M. I. MEYERSON

Recherches expérimentales sur l'Imagination, par M. G. DWELSHAUVERS.

Les recherches ont porté sur l'invention dans le dessin. La technique employée a été la suivante : on présente au sujet un modèle fait de quelques lignes, images dont certaines comportent une intention précise, d'autres une intention vague ; un troisième groupe enfin ne comporte aucune

intention ; la consigne est de dessiner ce que le modèle suggère mais en toute liberté ; le sujet doit ensuite inscrire au revers une introspection objective, décrire comment il s'y est pris. Les groupes étudiés ont été les suivants : des étudiants en philosophie, une classe de philosophie, des enfants de 8 à 13 ans dans un patronage ; la totalité des modèles n'a été proposée qu'au premier groupe. Voici l'essentiel des conclusions de l'auteur : ces expériences montrent l'existence de l'invention, très variée dans ses fruits malgré la suggestion ; la suggestibilité diminue avec l'âge ; l'invention est plus souvent raisonnée qu'intuitive ; il n'existe pas de corrélation entre l'habileté technique et l'imagination, alors qu'elle est manifeste entre l'habileté technique et l'intuition.

Une expérience supplémentaire a consisté à représenter aux sujets du premier groupe l'un des modèles, plusieurs mois après la première présentation, avec la consigne de se dégager du souvenir et de dessiner de préférence du nouveau. Cette épreuve met en évidence la « persistance de l'oublié », qui dépend de diverses conditions (substitution d'une pensée conceptuelle à un souvenir sensoriel, structure suggestive, motifs physiologiques inconscients, motifs accidentels). L'auteur en tire d'intéressantes considérations sur l'oubli du sensoriel et le souvenir du conceptuel.

D. LAGACHE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 Novembre 1934

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une encéphalite, par MM. H. CALLEWAERT et J. TITECA.

Présentation d'une malade de 51 ans dont l'affection a débuté en avril 1934 par des douleurs névritiques et une arthrite coxo-fémorale double avec fièvre. Après atténuation de cette phase rhumatismale apparaissent des troubles psychiques avec érotisme, insomnies, troubles oculaires subjectifs, parésie faciale droite, tremblements de la langue et même quelques secousses dans les membres. L'urotropine et le salicylate sodique semblent faire disparaître ces troubles en une quinzaine de jours. Dès la suspension de ce traitement, les troubles mentaux se montrent à nouveau : confusion des idées, propos mélancoliques atypiques et idées de préjudice. En même temps la malade prend un aspect figé caractéristique.

En raison des symptômes précités et surtout de l'évolution très particulière de la psychose, les auteurs croient à l'existence d'une encéphalite.

Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol, par MM. G. VERMEYLEN et J. HEERNU.

L'étude du métabolisme chez les mélancoliques a montré le ralentissement de toutes les fonctions organiques. Ces constatations ont amené certains auteurs à essayer dans ces cas l'extrait thyroïdien. Cette thérapeutique a dû être abandonnée en raison des effets secondaires désagréables qu'elle exerce sur le système nerveux.

Le dinitrophénol augmente les combustions cellulaires, il diminue le poids, mais ne provoque pas de nervosité comme la thyroïdine.

Les obèses traités par le dinitrophénol signalent une impression d'euphorie et d'activité.

Ce produit a été administré aux mélancoliques dans le but d'augmenter les combustions et de provoquer un meilleur équilibre conesthésique. Il détermine généralement, après quelques jours, une amélioration considérable.

Sur onze cas observés récemment par les auteurs, un seul s'est montré réfractaire au traitement. Il s'agissait d'un psychasthénique hypocondriaque.

La mélancolie simple donne les meilleurs résultats ; les formes anxieuses réagissent moins bien. L'augmentation de l'appétit compense l'effet habituel du dinitrophénol sur le poids, et les malades grossissent. Les résultats sont nuls dans la démence précoce. D'après les pharmacologues, le produit serait toxique ; cliniquement, on n'observe cependant aucun inconvénient.

L'action du dinitrophénol sur la combustion du glucose dans les muscles est à rapprocher de l'hyperglycémie qui existe souvent chez les mélancoliques, et d'autre part de l'action euphorisante de l'exercice musculaire en général.

Hypertélorisme fruste chez un épileptique, par MM. P. DIVRY et E. EVRARD.

Présentation d'un malade, dont l'hérédité paraît normale, et qui présente à 2 ans 1/2 des crises d'éclampsie infantile, depuis l'âge de 11 ans des crises de petit mal, et depuis l'âge de 20 ans des crises de grand mal.

L'étude de la conformation crano-faciale montre une asymétrie de la face due à une grosse saillie du frontal à gauche, tandis qu'il existe à droite, au même niveau, une dépression.

L'arcade sourcilière droite est plus élevée que la gauche ; l'hémiface gauche est plus large que la droite et il existe un écartement anormal des deux yeux.

La radiographie montre des orbites asymétriques ; la prédominance du crâne sur la face et l'allongement du grand axe antéro-postérieur donnent au crâne, vu de profil, un aspect infantile. Il existe en outre une asymétrie des rochers et des sinus sphénoïdaux.

Les auteurs comparent les symptômes présentés par ce sujet à ceux qui ont été décrits dans les cas marqués d'hypertélorisme, et arrivent à la conclusion qu'il s'agit d'une forme fruste de cette dysostose.

Développement intellectuel et milieu, par MM. VERMEYLEN et AUDIT.

Les recherches des auteurs ont porté sur 50 enfants du milieu rural, qui ont été examinés par la méthode psychographique de Vermeylen.

L'étude des résultats obtenus par divers auteurs dans le même ordre d'idées montre que la proportion d'enfants moins doués, moyennement doués et surdoués, est sensiblement la même dans les différents pays et par les différentes méthodes.

L'influence du milieu se fait nettement sentir; la plupart des travaux signalent des écarts de 20 points de quotient intellectuel en plus pour la meilleure classe sociale, et de 20 points en moins pour les classes inférieures.

Les auteurs ont trouvé dans 75 0/0 des cas examinés un quotient égal ou supérieur à l'âge réel et des écarts moyens de 10 points de quotient intellectuel ou de 1 an d'âge mental. Leur démonstration est accompagnée de graphiques résumant les résultats de leurs examens.

De certaines altérations cylindraxiles dans la démence sénile,
par M. P. DIVRY.

L'auteur a démontré antérieurement que les lésions cellulaires dans la dégénérescence d'Alzheimer résultent d'une infiltration amyloïde des cellules ganglionnaires. Le centre des plaques séniles est formé également d'un précipité d'amyloïde.

L'étude des propriétés optiques de ces lésions après imprégnation par le rouge Congo, et de leurs caractères histo-chimiques, permet de constater que certaines modifications des cylindraxes au niveau des plaques séniles sont aussi d'origine amyloïde.

Ces faits confirment l'unité pathogénique probable des différentes altérations du cerveau sénile.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 24 Novembre 1934

Présidence : M. CHEVAL

**Cas isolé de dysostose cranio-faciale (Maladie de Crouzon),
par MM. van LINT et L. van BOGAERT.**

Présentation d'un jeune garçon, issu d'une famille apparemment saine, mais où il existe cependant de nombreux cas de tuberculose, et une certaine prédisposition aux dystrophies osseuses. L'exophtalmie est apparue à 6 mois ; à 1 an, on a constaté l'apparition d'une bosse anormale au niveau de la fontanelle antérieure. Il existe un développement pariéto-temporal considérable, une crête médiane, un nez en bec de perroquet et du micrognathisme.

On ne note aucune autre malformation osseuse ; les clavicules, en particulier, sont normales.

L'examen oculaire montre une exophtalmie bilatérale, du strabisme divergent et de l'atrophie optique bilatérale.

Au point de vue mental, il existe un degré modéré d'arriération.

En résumé, il s'agit d'un cas typique de maladie de Crouzon, sans oxycéphalie.

**Cas familial apparenté à la maladie de Laurence-Moon-Biedl,
par MM. van LINT et L. van BOGAERT.**

Présentation de deux frères atteints de rétinite pigmentaire, d'arriération mentale et de brachydactylie avec élargissement des doigts aux mains et

aux pieds. Ces malformations sont quelque peu différentes dans les deux cas ; de même, au point de vue de l'aspect général, l'un a des tendances à l'obésité, l'autre est plutôt maigre.

L'examen oculaire montre l'atrophie des nerfs optiques et la rétinite pigmentaire. Le pigment rétinien ne présente cependant pas l'aspect qu'il a dans les cas classiques. Les sujets s'écartent également de ceux-ci par l'absence de rétrécissement du champ visuel. Il existe en outre des troubles du développement osseux.

Au point de vue héréditaire, on signale qu'un oncle des sujets était atteint de cécité et de syndactylie. Dans une branche collatérale, il existe un syndrome de dégénérescence cérébello-pyramidal congénital.

Il est à noter que les deux seules branches atteintes, sont celles où il existe des unions consanguines.

Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a à étudier toujours des souches entières dans ces affections à caractère familial, de manière à mettre en évidence les rapports qui existent entre des affections qui peuvent paraître très dissemblables.

Les symptômes oculaires du status dysraphicus, par M. H. COPPEZ (Communication préliminaire).

Bremer a montré qu'on trouve chez les descendants des syringomyéliques des stigmates variés qui constituent le status dysraphicus : thorax en bateau, surtout chez l'homme ; omoplates déviées ; scoliozes et cyphoses ; inégalité des seins chez la femme avec dépigmentation du mamelon du sein le plus petit ; augmentation de l'envergure ; mains froides et succulentes ou blanches et petites ; doigts palmés et déformés ; troubles de la sensibilité ; symptômes oculaires caractérisés par un syndrome de Horner sans troubles du sympathique cervical, des hétérochromies de l'iris ; des signes de pseudo-inflammation ; une cataracte peut également se former.

Ces diverses malformations résultent principalement de lacunes de la moelle cervicale et du bulbe ; le noyau de la VII^e paire est parfois atteint, et l'on observe alors une paralysie faciale.

L'auteur démontre ces divers stigmates par de nombreuses projections.

Contribution à l'étude des arachnoïdites opto-chiasmatiques, par M. J. FRANÇOIS.

Un jeune homme âgé de 16 ans, présente des céphalées frontales et sous-occipitales, des vomissements, une névrite optique rétrobulbaire bilatérale récidivante, des symptômes d'infantilisme, une légère hypertension du liquide céphalo-rachidien et une concrétion calcaire au-dessus et en avant des apophyses clinoides postérieures. Ces différents symptômes semblent devoir imposer le diagnostic de poche de Rathke. A l'intervention, cependant, on ne trouve pas de tumeur, mais une arachnoïdite opto-chiasmatique. L'opération est suivie d'une guérison ophtalmologique qui se maintient pendant un an. A ce moment, le malade présente à nouveau des symptômes d'hypertension intracrânienne et meurt d'hydrocéphalie aiguë.

A la lumière de cette observation, l'auteur rapporte quelques remarques au sujet du diagnostic, du pronostic, de l'étiologie et du traitement des arachnoïdites opto-chiasmatiques. Le traitement immédiat sera chirurgical

pour dégager le nerf optique et le chiasma ; ensuite, on instituera une thérapeutique médicale causale dirigée contre l'infection. Le diagnostic se basera sur les symptômes suivants : début rapide par névrite rétrobulbaire sans altération du champ visuel, poussées successives de névrite optique, absence de modifications du liquide rachidien, absence de signes neurologiques, radiologiques ou ventriculographiques, rareté des troubles hypophyso-tubériens et antécédents infectieux.

Tension des vaisseaux rétiniens en neurologie. Acquisitions récentes,
par M. A. FRITZ.

L'exploration de la circulation rétinienne s'étend actuellement en ce sens qu'on ajoute à la recherche de la minima artérielle celle de la maxima et des pressions veineuses. Cette connaissance plus complète de la circulation rétinienne a permis d'établir que la pression artérielle rétinienne (Mx et Mn) est égale à la pression humérale diminuée de 55 mm. Hg. ; cette relation devrait remplacer le rapport classique ($Mn \text{ rétinienne} = 0,45 Mn \text{ humérale}$), qui ne vaut que pour le Mn à pression normale. La relation entre les altérations de la circulation rétinienne et les réactions intracranienues se trouve de ce fait précisée : encore que la vasomotricité des vaisseaux cérébraux soit minime, l'hypertension rétinienne solitaire observée surtout dans les traumatismes crâniens relèverait d'un processus vasomoteur. D'ailleurs, une chute anormalement faible entre les pressions humérales et rétiniennes peut s'observer en dehors de toute atteinte cérébrale dans les cas d'atonie vasculaire ; l'inverse se rencontre d'autre part dans l'hypertonie.

Ainsi s'établit la variabilité de cette circulation locale. La connaissance de la rigidité des vaisseaux rétiniens, jointe à celle de leur calibre et de leur pression conduit à une approximation de l'intensité de la circulation rétinienne qui peut, par analogie, être étendue à la circulation cérébrale. Il en résulte un pronostic des états favorisant l'apparition des hémorragies et des ramollissements cérébraux, comparables aux lésions oculaires similaires.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

L'Intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique), par Charles FLANDIN, Médecin de l'Hôpital Bichat, Jean BERNARD et François JOLY, internes des Hôpitaux de Paris (1 vol. in-8°, 116 pages, avec schémas dans le texte, G. Doin et C^{ie} édit., Paris 1934).

Si la vague dangereuse de l'intoxication barbiturique est toute récente, la facilité regrettable avec laquelle chacun peut se procurer les poisons de cette série est cause de l'augmentation considérable et progressive de ce mode de suicide. En 18 mois, dans son seul service de l'Hôpital Bichat, M. Charles Flandin eut à traiter 62 cas de coma barbiturique. C'est dire l'intérêt de cette question d'actualité et l'importance de cette excellente étude d'ensemble qui groupe et met au point les observations, les recherches, les discussions et les essais thérapeutiques des vingt dernières années.

Après avoir exposé les notions de chimie et de physiopathologie expérimentale concernant les dérivés de la malonylurée ou dérivés de l'acide barbiturique issus des recherches de E. Fisher et von Mering, après avoir étudié leur toxicité et leur activité comparées, indiqué les plus courantes des méthodes de caractérisation et de dosage, MM. Ch. Flandin, J. Bernard et F. Joly, passent rapidement en vue les lésions anatomo-pathologiques assez peu caractéristiques et les causes variées de l'intoxication. L'étude clinique est faite minutieusement, tant celle de l'intoxication aiguë (coma barbiturique), et de ses formes variées, que celle du barbiturisme subaigu et chronique et celle des accidents cutanéomuqueux. Les auteurs insistent, en particulier, sur l'importance des variations leucocytaires et sur l'absence d'un parallélisme constant entre la gravité de l'intoxication et l'hyperazotémie. Ils se demandent si, parfois, cette hyperazotémie n'est pas factice, la transformation des barbituriques dans l'organisme libérant alors une certaine quantité d'urée. Ils insistent avec raison sur les éléments cliniques, étiologiques, toxicologiques du diagnostic positif et du diagnostic différentiel, rappelant les intéressantes études de MM. Heuyer et Le Guillant sur les troubles psychiques de l'intoxication barbiturique.

Le pronostic est délicat ; il n'est pas d'éléments absolus permettant d'ap-

précier la gravité de l'intoxication bien que les variations leucocytaires en soient un indice particulièrement sensible.

Le traitement du coma barbiturique a vu les moyens habituels (lavage d'estomac quand il en est encore temps, saignées, transfusions sanguines, sérum glucosé, toni-cardiaques, etc.) s'enrichir récemment de la posologie du traitement strychnique à hautes doses, traitement basé sur l'antidotisme des barbituriques et de la strychnine. L'action de la strychnothérapie est fonction de la précocité du traitement. On a préconisé également la picrotoxine, la coramine, la caféine, la lobéline, les inhalations d'oxygène et même le drainage spinal partiel qui a donné à M. Pagniez une proportion égale de succès et d'insuccès. La multiplicité de ces méthodes suffit à traduire l'inconstance de leurs résultats, variables d'ailleurs avec la doses de toxique ingéré, la précocité du traitement, l'état physique antérieur du sujet.

Devant les dangers croissants de ce mode d'intoxication volontaire, une prophylaxie efficace, immédiate, s'impose. MM. Ch. Flandin, J. Bernard et Fr. Joly, rappelant les vœux exprimés par l'Académie de Médecine (1928), la Société de Thérapeutique (1927), la Société de Médecine légale (1928), etc... demandent l'inscription des barbituriques au tableau B. Des modalités pourraient être désirables en faveur du traitement habituel des épileptiques, mais des dispositions législatives rigoureuses s'imposent.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques curables, par J. OMBRAS. Imprimerie de la presse. Thèse Montpellier, 62 p., 1933.

Cette étude est une rapide revue clinique des travaux de Marchand et de Toulouse, destinée à illustrer une douzaine d'observations, pour la plupart inédites, mais dont certaines n'entrent peut-être pas dans le cadre des encéphalites psychosiques, l'auteur ayant accordé une importance qui nous semble excessive à l'*hyperazotémie* pour entraîner le diagnostic. L'évolution des cas observés par l'auteur s'est faite dans un sens qui lui semble favorable et il insiste sur la *curabilité* possible des syndromes étudiés. Cependant, le pronostic éloigné doit toujours être réservé ainsi que le pensent MM. Toulouse et Marchand.

Une assez bonne bibliographie complète cette thèse, écrite dans un style souvent pittoresque.

TOYE.

Bergsonisme et neurologie, par H. LE SAVOUREUX (une brochure, 30 pages. *Nouvelle Revue française*, Paris 1934).

Cet opuscule, d'une clarté, d'une solidité et d'une concision exemplaires est une excellente mise au point des doctrines médicales et bergsoniennes sur l'aphasie. C'est aussi, contre les fallacieuses attaques de l'illustre philosophe, une judicieuse défense des théories médicales, jadis régnantes puis momentanément déçues, et finalement en voie de restauration. En refusant de donner au mot « image » la signification métaphorique à lui attribuée par les médecins, il porte contre ceux-ci une accusation aussi arbitraire que celle d'adeptes d'une cosmographie de primitifs, que l'on pourrait porter contre les gens qui parlent du lever et du coucher du soleil. La théorie bergsonienne de l'aphasie est une position purement métaphysique dénuée de toute valeur scientifique. L'irrécevabilité de cette

méthode en neuropsychiatrie sera démontrée incidemment dans un ouvrage en préparation, consacré par l'auteur aux rapports de la littérature et de la médecine mentale.

Paul COURBON.

La morbidité par maladies mentales en Italie dans les 3 années 1926-1927-1928 (*La morbosita per malattia mentali in Italia nel Triennio 1926-1927-1928*), par le Prof. Gustavo MODENA. *Istituto centrale di statistica del Regno d'Italia*, Roma, Failli 1933.

Cette brochure est du plus grand intérêt pour les statistiques psychiatriques. Soulignons quelques conclusions de l'auteur. Les psychoses les plus fréquentes seraient « les psychoses affectives » et surtout les formes dépressives et mélancoliques. La fréquence des psychoses alcooliques serait en légère décroissance en Italie. Les formes mentales de la syphilis seraient plus nombreuses, mais leur mortalité en décroissance, etc.

Henri Ey.

Les Aphasies (Afasis), par V. DIMITRI. 1 vol., in-8°, 188 pages, 54 figures. Edition « *El Ateneo* », Buenos-Aires, 1933.

La question des aphasies a subi, depuis Broca, une vigoureuse impulsion. Nombreux sont les neurologues modernes qui ont voulu apporter une contribution à leur étude. Autour des trois grands faits exposés par Broca, Wernicke et Pierre Marie, ils ont discuté, donné leur point de vue. Les revues analytiques, les essais bibliographiques ne manquent pas. V. Dimitri, qui est un élève de Déjerine et qui dédie son ouvrage à la mémoire du maître, a cru faire œuvre plus utile en limitant ses ambitions. Il étudie avec soin douze cas cliniques et anatomiques, vérifie dans ses commentaires les opinions antérieurement émises à propos d'observations analogues et en tire des conclusions partielles. Cette méthode est évidemment la meilleure. Une synthèse d'une valeur indiscutable ne pourra être édifiée qu'après étude d'un grand nombre de documents de cette sorte.

La leçon qui résulte d'une première lecture est que les recherches sur le langage ne doivent pas se cantonner dans la détermination plus ou moins méticuleuse de zones corticales. Les connexions des différents centres frontaux et temporaux avec les noyaux sous-corticaux et les noyaux moteurs craniens s'effectuent par des faisceaux d'association dont l'intégrité est essentielle au fonctionnement normal du langage. Des observations vérifient le rôle du centre de Broca. Une lésion sous-corticale de l'insula, voisine de la zone lenticulaire de Pierre Marie, provoque des perturbations du langage intérieur. Les processus hémorragiques de la zone lenticulaire s'étendant jusqu'au carrefour de Mingazzini peuvent fournir un syndrome superposable à celui du ramollissement du pied de la 3^e frontale. L'intégrité de la portion antérieure du corps calleux et du noyau lenticulaire gauche apparaît dans un cas comme indispensable à la compensation secondaire de l'anarthrie et au contraire sans importance dans une autre observation. La portion postérieure du corps calleux et la région du pli courbe paraissent jouer un rôle de centre praxique de l'écriture. Les lésions sylviennes, les tumeurs cérébrales fournissent généralement de mauvaises observations d'aphasie par l'étendue des lésions et la fréquence des complications secondaires : œdème, infiltration hémorragique. Enfin, chez les sujets jeunes, l'auteur observe la grande tolérance des centres qui, compri-

més par un kyste hydatique par exemple, compensent les déficiences à une période de la vie où l'unilatéralité des fonctions cérébrales n'est pas encore complètement organisée.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Variétés et valeur séméiologique du syndrome hallucinatoire, par Henri CLAUDE. *Le Progrès Médical*, n° 47, pp. 1993-1997, 25 novembre 1933.

Une classification des hallucinations n'a d'intérêt que si elle joint à sa valeur nosologique des possibilités pratiques de conclusions étiologiques et thérapeutiques. Le professeur Claude distingue trois variétés : l'hallucinoïse, l'hallucination intégrée à la personnalité et la pseudo-hallucination psychique et psycho-motrice. Le pronostic est évidemment différent : le phénomène sensoriel anormal reconnu tel par le sujet n'implique pas les mêmes circonstances physiopathiques que l'automatisme, l'hyperendophasie ou que le délire sensoriel. L'atteinte toxique ou infectieuse, les modifications du psychisme qui interprète les conséquences du déséquilibre neuro-végétatif, les troubles circulatoires cérébraux sont les conditions du désordre hallucinatoire et leur connaissance exacte est indispensable à tout essai de traitement.

P. CARRETTE.

Les hallucinations et le rêve. Étude clinique et pathologique, par M. J. LHERMITTE. *Gazette des Hôpitaux*, n° 98, pp. 1765-1767, 9 décembre 1933.

D'origine psychique pour certains, l'hallucination est pour d'autres un phénomène organique. En préciser le mécanisme et les rapports possibles avec des troubles encéphaliques est un travail profitable à l'étude de la pathogénie du délire. M. Lhermitte considère l'hallucination visuelle comme spécialement propre à cette recherche et rappelle les exemples d'hallucinoïse pédonculaire qu'il a observés. L'auteur ne songe pas à attribuer un rôle actif dans les fonctions visuelles à la calotte pédonculaire, mais il admet que la paroi ventrale du 3^e ventricule, qui lui est contiguë, est le point crucial du système régulateur du sommeil et de la veille. L'hallucinoïse vespérale pédonculaire serait une forme d'onirisme favorisée par la désorganisation physiologique de cette zone centrale de la base du cerveau. De l'état de rêve à l'hallucinoïse visuelle et de l'hallucinoïse visuelle au chaos fantasmé de l'hallucination et au délire, il y a des transitions insensibles, aussi pour M. Lhermitte la conviction du patient vis-à-vis des phénomènes sensoriels ne serait pas sous la dépendance primitive de son état psychique. L'hallucinoïse, hallucination reconnue et critiquée, et l'hallucination avec conviction délirante seraient deux états psychologiques conditionnés par la qualité même du trouble sensoriel, par ses possibilités d'intégration ou son opposition flagrante à la réalité.

P. CARRETTE.

Méthode de démonstration objective de la difficulté de penser (A Method to Objectively Demonstrate Thinking Difficulties), par M. Max-F. HAUSMANN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 613-625, novembre 1933.

Il est fréquent d'entendre des malades, au début d'un état hypothyroïdique, se plaindre de ne pouvoir fixer, concentrer leur pensée, associer leurs idées. M. Hausmann s'est proposé d'étudier objectivement cette impuissance et d'en préciser les modalités. Pour les uns, il y a un simple ralentissement et il s'agit sans doute d'un état dépressif. Pour d'autres, il y a un trouble plus profond, une désadaptation et il est vraisemblable que ce trouble est du type schizophrénique.

Il a fallu recourir à plusieurs catégories de tests. Le test dit de substitution consiste à reconnaître des images simples et indique l'attention et la rapidité. Un deuxième groupe d'épreuves s'adresse au jugement ; ce sont les tests d'absurdités avec leurs 2 degrés : visuel et verbal. Enfin, M. Hausmann a recours à un test de points et de traits tracés suivant des conventions en vue d'obtenir un résultat déterminé. Il indique la concordance entre la réponse à cette épreuve et l'analyse de l'état mental.

P. CARRETTE.

Hérédité des malades atteints de psychasthénie [Janet, Raymond] (Heredity of Patients with Psychasthenia [Janet Raymond]), par Harry A. PASKIND. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. 29, n° 6, pp. 1305-1317, juin 1933.

L'auteur a effectué 3 groupes de recherches dont il fournit les résultats : 1. facteurs héréditaires dans 890 cas de psychasténie ; 2. comparaison avec l'hérédité de personnes mentales saines ; 3. comparaison de l'hérédité du psychasténique avec celle du schizophrénique et du maniaque-dépressif. Dans la psychasthénie, l'hérédité directe est la plus fréquente ; elle est réelle, mais elle n'a qu'une tendance très légère à communiquer des psychoses. Elle transmet surtout des désordres nerveux. Ce qui semblerait indiquer, dit l'auteur, qu'elle est foncièrement (nosologiquement) différente des deux autres psychoses, pour lesquelles l'hérédité agit beaucoup plus souvent dans le sens d'une transmission similaire.

P. CARRETTE.

Sadisme révélé par l'excitation éthylique chez un timide sexuel, par André CONDOMINE. *Le Progrès Médical*, n° 40, pp. 1667-1674, 7 octobre 1933.

L'auteur relate le crime accompli sous l'influence de l'excitation éthylique par un timide sexuel n'ayant manifesté ses tendances antérieurement que par la cruauté envers les animaux. La mutilation génitale pratiquée sur la victime mâle, consistant en une dissection patiente et habile du revêtement cutané des organes sexuels, apparaît à M. Condomine comme un acte de compensation, de vengeance libératrice d'une sexualité insatisfaite.

P. CARRETTE.

La psychopathologie des perversions sexuelles (*The Psychopathology of Sexual Perversions*), par E. A. BENNET. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, T. XXVI, n° 3, pp. 1030-1034, juin 1933.

Le rapport des états émotifs du pervers et de ceux des autres sujets jouerait, d'après l'auteur, le rôle capital. La désadaptation sociale serait l'élément central du problème et fournirait la base de la psychothérapie. L'aspect physique de la question devient ainsi secondaire. Multiple dans ses aspects, la perversion sexuelle est une dans sa finalité.

P. CARRETTE.

Quelques aspects de la psychopathologie des perversions sexuelles (*Some Aspects of the Psychopathology of Sex Perversions*) par J. A. HADFIELD. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, T. XXVI, n° 3, pp. 1021-1030, juin 1933.

L'essai d'expliquer les perversions sexuelles par des constructions psychologiques morbides ou des conditions réflexes paraît, à l'auteur, insoutenable. Il les considère comme le résultat d'une évolution défectueuse de la sexualité, d'une persistance partielle des tendances égoïstes bio-psychiques infantiles. Le besoin du transfert, base du développement sexuel ultérieur, n'est pas satisfait. Comme pour les autres psychonévroses, le mécanisme est celui de la fixation obsédante. L'insuffisance physiologique est une circonstance favorisante fréquente. Il s'y ajoute les effets de la répression, qui dévie le désir de fixation normale à un objet extérieur.

P. CARRETTE.

Contribution à la psychologie de la douleur morale (*Contributo alla Psicologia del dolore morale*), par le Dr Luigi CERONI. *Rivista di Psicologia*, octobre-décembre 1933, XXIX^e année, n° 4, p. 326 à 331.

Article optimiste sur le désespoir. Les réactions psychiques qui constituent les contenus de la douleur morale apparaissent à l'auteur comme des tentatives d'adaptation et de réparation. Il y aurait dans la douleur le germe d'une libération. Quelques considérations, peut-être moins bien venues, terminent l'article sur la valeur pronostique de la douleur morale en psychiatrie.

Henri Ey.

L'émotivité, l'anxiété et l'angoisse. Quelques précisions à leur sujet, par Félix DANCENIS. *Le Progrès Médical*, n° 31, pp. 1385-1390, 5 août 1933.

L'auteur met surtout en parallèle l'hyperémotivité et l'anxiété avec son expression physique, l'angoisse. L'émotif aurait une excitabilité augmentée de ses réactions psychiques et physiques, mais la réponse, bien que disproportionnée à la cause, serait motivée. Le défaut d'équilibre serait imputable aux réactions trop vives de l'ortho-sympathique. L'anxieux serait voué aux paroxysmes, « apparemment immotivés », d'excitation vagale. Cependant, il y a des émotifs inhibés, vagotoniques, atteints d'appréhension anxieuse. Il paraît difficile de donner, dans ce domaine, des définitions qui satisfassent la logique. Les précisions intéressantes sont avant tout celles qu'apportent la biologie et la clinique.

P. CARRETTE.

Études de clinique médicale et Psychiatrie (Medical Clinical Clerkships and Psychiatry), par M. Georges-Eaton DANIELS. 89^e Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association, Boston 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 533-542, novembre 1933.

L'auteur préconise l'union intime de l'enseignement psychiatrique à celui de la médecine générale. Professeur à l'Université de Columbia, il a appliqué ces trois dernières années sa méthode aux étudiants de 3^e année, invités à prendre des observations de malades atteints de troubles nerveux et mentaux associés à des affections médicales. Ainsi est exposée précocement aux élèves la nécessité d'introduire en psychiatrie les procédés de recherches cliniques, biologiques et thérapeutiques de la médecine générale.

P. CARRETTE.

Les conceptions magico-religieuses des indigènes de l'Afrique Occidentale Française. Leur importance en médecine mentale et sociale, par CAZANOVE. *L'Hygiène Sociale*, n° 103, pp. 2083-2087, août 1933.

L'auteur nous apprend que les indigènes noirs africains ont un animal protecteur qui est le tana et n'est pas le totem, puisqu'il n'est pas l'ancêtre de la race. Ils ne sont pas fétichistes, ont le culte des esprits représentés par les morts et les forces de la nature, font intervenir le diable et les animaux à l'origine des psychopathies. La connaissance de leur fatalisme, de l'évolution de leurs délires du type médiéval vers les conceptions modernes des civilisés est indispensable au psychiatre de l'Afrique Occidentale Française. Elle groupe des notions essentielles à une bonne médecine sociale et conditionne l'application des mesures prophylactiques.

P. CARRETTE.

L'âge des parents dans les maladies mentales, par Pasquale PONTA (Naples). *L'Ospedale Psichiatrico*, octobre 1933.

Dans le but d'apporter une contribution à l'important problème eugénique de l'amélioration de la race, à la solution duquel le gouvernement fasciste travaille avec constance, l'auteur a voulu étudier, sur la base statistique, les rapports possibles entre l'âge des parents et le développement des maladies mentales chez les descendants et tenter de réglementer médicalement l'âge des mariages. La statistique a porté sur 404 malades.

Il est arrivé aux constatations suivantes :

1° La plus grande proportion de psychopathies est en rapport avec des parents trop âgés ou trop jeunes.

2° La trop grande jeunesse de la mère (immaturité) paraît avoir une importance toute particulière.

3° Il existe une relation évidente entre la transmission des maladies mentales héréditaires et l'âge des procréateurs.

4° La différence d'âge des parents n'a de valeur que si elle se rapporte à un des cas précédemment envisagés.

Paul ABÉLY.

Un millier de cas de tentatives de suicide (A Thousand Cases of Attempted Suicide), par M. Frederick C. LENDRUM. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 479-500, novembre 1933.

Une statistique hospitalière comme celle de M. Lendrum réalise une sélection. Elle comprend surtout des échecs avec conséquences pathologiques. On y voit que les femmes, les nègres, les protestants font des tentatives plus fréquentes. L'homme adulte de race blanche essaye moins souvent, mais avec des succès plus nombreux. La tentative de suicide est plus rare le matin ; elle est plutôt observée durant le week-end. Les femmes cherchent à se tuer pour des motifs sentimentaux et les hommes pour des causes économiques. Elles préfèrent le poison aux procédés mécaniques. La teinture d'iode est le toxique le plus populaire.

P. CARRETTE.

Les raptus mélancoliques. Étude médico-légale, par MM. Daniel PLOUFFE et Émile LEGRAND. *L'Union Médicale du Canada*. T. LXIII, n° 8, pp. 760-779, août 1934.

Le mélancolique, délirant ou non, peut être, non seulement dangereux pour lui-même, mais aussi pour l'entourage. Les auteurs ont observé des sujets qui, au cours de raptus anxieux, se sont livrés à des actes de violence. L'accès est assez souvent, partiellement ou totalement amnésique. Un examen clinique attentif démontre qu'il ne s'agit ni d'hystérie, ni d'épilepsie, ni de simulation.

P. CARRETTE.

Observations sur l'évolution d'un cas de psychose maniaque dépressive, par Isidoro IMBER (de Turin). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1933.

Se rapportant à un cas de psychose maniaque dépressive interne depuis 24 ans et à son évolution, l'auteur pense que de tous les déséquilibrés constitutionnels, celui du type cyclothymique est le plus heureusement influencé par un long internement et il discute à ce propos la question de la sortie trop précoce des maniaques apparemment guéris.

Paul ABÉLY.

Causes favorisantes dans la psychose maniaque-dépressive (Precipitating Factors in Manic-Depressive Psychosis), par Mary F. BREW. *The Psychiatric Quarterly*, T. VII, n° 3, pp. 401-410, juillet 1933.

L'auteur admet que certaines conditions psychologiques défavorables sont à l'origine de l'accès maniaque-dépressif. Il cite notamment le sentiment d'insécurité découlant de difficultés financières ou sociales, du handicap physique, de craintes des maladies familiales et héréditaires ; le sentiment de tristesse devant les échecs divers où se mêle la pitié de soi-même et l'impression de culpabilité. La forme de la réaction psychosique n'est pas fatalement l'épanouissement de ces conflits initiaux. Le type maniaco-dépressif n'a pas une étiologie affective spéciale ; il dépend de facteurs endogènes, héréditaires et physiopathiques.

P. CARRETTE.

Un schizophrène dans « La Comédie Humaine », par Henri CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI. *Le Progrès Médical*, n° 14, pp. 585-590, 7 avril 1934.

Le personnage de Louis Lambert décrit par Balzac est atteint de démence précoce fruste. La description du romancier montre le malade passant par les 3 formes évolutives : d'abord schizoïde, puis subissant des variations d'un état cyclothymique pour devenir enfin un schizophrène. MM. H. Claude et Lévy-Valensi rappellent la différence fondamentale des types tels que celui de Louis Lambert avec ceux de l'hébéphrénocatatonie ; ils montrent que Balzac a vu clairement que son héros est atteint d'autisme, qu'il a perdu contact avec la réalité, mais qu'il ne doit pas être assimilé à un dément précoce véritable, condamné à une déchéance intellectuelle progressivement complète. Le type physique du personnage n'est pas moins rigoureusement observé et — sauf le détail de l'hypertrophie crânienne — il réalise le type asthénique tel qu'il a été vu plus tard par Kretschmer.

P. CARRETTE.

De la psychologie du schizophrène et de la formation des délires chroniques. (Sulla psicologia dello schizofrenico e sulla formazione dei deliri cronici), par le Dr Carlo BERLUCCHI (Pavie). *Rivista di neurologia*, décembre 1933, p. 643 à 694.

Travail qui mérite — à notre avis — une particulière attention. Suite de l'étude déjà consacrée par l'auteur aux psychoses hallucinatoires chroniques. Ce nouvel article (dont le « prétexte » est une controverse avec le professeur Zivieri) aborde un problème d'importance : l'ensemble de l'activité délirante hallucinatoire ou schizophrénique est-elle réductible à des troubles affectifs ou intellectuels ? Berlucci reprend avec ampleur et une connaissance approfondie des travaux récents français et allemands le vieux débat toujours actuel qui mit aux prises Griesinger et Westphal. Mais depuis lors, la position du problème n'est pas la même. C'est autour de la schizophrénie qu'il se situe. Contre Zivieri, il soutient la primauté du trouble intellectuel et il retrouve l'exigence de cette conception dans les travaux mêmes de Bleuler (le Bleuler de 1911). Pour celui-ci, en effet, si les symptômes se divisent en deux séries : primitifs et secondaires, si ces derniers sont constitués par l'émergence des affects refoulés, si les premiers, au contraire, fondamentaux, sont des troubles intellectuels, il est clair que c'est à un bouleversement primitif de la structure intellectuelle que Bleuler se réfère essentiellement. Même quand Berze, dont les travaux ont eu tant de retentissement, avance que le trouble essentiel de la schizophrénie est un trouble de l'élan affectif, il utilise des notions comme l'intentionnalité de la pensée ; il se trouve dès lors plus près des phénoménologistes qui, comme Jaspers, creusent le fossé entre le normal et le pathologique et par là, mettent en évidence dans la structure schizophrénique un mode d'activité idéo-affective qu'aucune analyse exhaustive des facteurs affectifs ne saurait atteindre. Berlucci passe ensuite à une conception de l'école française, qu'il connaît bien, mais sur laquelle il émet quelques opinions « gratuites » notamment quand il assure que c'est surtout dans le sens d'une conception affective que chez nous a été envisagée la schizophrénie. L'œuvre de Janet n'est pas mise à la place qu'elle mérite, au premier plan. Les idées de Minkowski sont exposées avec celles de Bleuler, Kretschmer et Berze et passibles des mêmes

critiques. Mignard et de Clérambault se sont appliqués à réduire au minimum l'intervention des facteurs affectifs en rattachant immédiatement les aspects symptomatiques aux processus mécaniques. Cette manière de voir, l'auteur ne l'accepte pas non plus. Sa position est particulièrement nette dans la question des délires chroniques qui ne sont pour lui qu'un cas particulier du problème de la schizophrénie. Il y a sans doute des délires que l'analyse des mobiles effectifs peut épuiser ou tout au moins rendre intelligibles, mais il y a des délires et notamment des délires hallucinatoires qui supposent un trouble des fonctions intellectuelles. C'est dans ce trouble qu'il faut chercher les raisons de l'activité hallucinatoire. Nous insistons d'autant plus volontiers sur cet article, nous en avons peut-être d'autant mieux saisi le sens que nous ne cessons de défendre un point de vue très voisin. Rarement le problème de l'importance réciproque du facteur affectif et du facteur intellectuel a été posé avec autant de clarté.

Henri Ex.

Contribution au problème des rémissions au cours des formes légères de schizophrénie, par M. G. E. SOUHAREW (*Sowjetskaja Newropatologija i Psihiatrija i Psikhogigijena*, T. II, fasc. 5, 1933).

L'auteur étudie les formes atténuées de schizophrénie. Il s'attache à l'analyse des périodes de régression (défectivité, defecte — termes employés par S.). Souharew conteste la possibilité de l'existence de la régression complète prise dans le sens absolu du mot. Elle ne se manifeste pas sous l'influence d'une régression au sens strict, mais seulement sous forme de « defect-symptômes » qui peuvent figurer en même temps que des « proces-symptômes ».

L'auteur souligne la complexité de la structure psychique de ces états, dans lesquels il distingue 3 groupes de signes : 1° de régression ; 2° de progression du processus psychique ; 3° signes de réaction secondaire de réadaptation du psychisme demeuré normal. Cet enchevêtrement de signes évolutifs et de régression est caractéristique des formes légères de schizophrénie. Divers types peuvent être observés. Leur formation doit être envisagée, non pas sous l'angle de tel ou tel autre signe prédominant, mais elle doit être basée sur le changement de la personnalité psychique du malade. L'auteur dégage 3 types : 1° t. atonique — caractérisé par le défaut de l'affectivité et de l'activité de la personnalité ; 2° t. tonique, dans lequel la cohésion des idées est associée à l'insuffisance de la mobilité de la personnalité dans les manifestations affectives ou volontaires ; 3° t. dystonique avec altération de l'unité des réactions psychiques et manque de coordination psychique.

Cependant, ces types ne sont pas absolus, sur leur fond peuvent se greffer divers syndromes névropathiques. Le tableau clinique des états défectifs ne peut être envisagé comme un état strictement déterminé. Il porte l'empreinte non seulement des faits pathologiques, mais des caractères individuels et des conditions sociales. La compensation des états défectifs peut être réalisée par l'organisation logique du système du travail et l'orientation sociale judicieuse des sujets.

FRIBOURG-BLANC.

Sur l'action psychomotrice de l'alcool dans la schizophrénie, par Isodoro IMBER (Turin). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1933.

L'auteur a recherché l'action psychomotrice de l'alcool éthylique dans 7 cas de catatonie et 3 cas d'hébéphrénie. Les résultats de l'expérience furent totalement négatifs et, en particulier, elle n'aboutit jamais au but espéré, celui de rendre plus facile l'examen psychologique de tels malades.

Paul ABÉLY.

Recherches sur le texte d'inhibition dans la schizophrénie, par Eustachio ZARA. *L'Ospedale psichiatrico*, octobre 1933.

Ce test est basé sur l'étude des phénomènes d'hydratation expérimentée sur les muscles de la grenouille (muscle gastrognémique) selon la méthode de Loeb et Fischer.

L'auteur a pu constater, dans ces conditions, que le sérum sanguin de ces malades ont un pouvoir de déshydratation très diminué par rapport à celui du sérum normal. Il suppose qu'il s'agit d'un déséquilibre biochimique du sang, lié à l'état schizophrénique.

Paul ABÉLY.

Recherches sur la réaction myodystonique dans la schizophrénie (Untersuchungen über die myodystonische Reaktion bei Schizophrenen), par par B. I. LINDBERG. *Acta pschiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 4, 1933, Copenhague.

Un muscle soumis à l'action d'un courant faradique tétanisant reste contracté pendant toute la durée de l'excitation et se détend brusquement après l'interruption du courant. Dans certains cas pathologiques, la décontraction est lente ; c'est la réaction myotonique. Dans les lésions extrapyramidales, la décontraction est interrompue ou suivie par des contractions spontanées ; c'est la réaction myodystonique. Son importance dans les lésions extrapyramidales a été signalée par Melkersson, Söderberg l'a décrite dans un cas de maladie de Wilson.

L'auteur a rencontré la réaction myodystonique dans 14 cas de démence précoce, sur 50 malades examinés. Or, cette réaction n'est jamais rencontrée chez des malades exempts de lésions des centres nerveux ; dans 184 cas de maladies nerveuses sans signes certains d'atteinte extra-pyramidale, on ne l'a rencontrée que 11 fois, et chez 112 malades atteints de lésions extrapyramidales, elle a été constatée dans 65 0/0 des cas. L'existence fréquente de la réaction myodystonique est un argument de plus en faveur de la pathogénie extrapyramidale de certains symptômes de la démence précoce.

E. BAUER.

Les fonctions organiques dans la schizophrénie (Organic Functions in Schizophrenia), par R. G. HOSKINS et F. H. SLEEPER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 1, pp. 123-140, juillet 1933.

L'exploration des divers appareils chez les schizophrènes aboutira peut-être à d'intéressantes découvertes. Dans l'état actuel des choses, il est impossible de tirer des conclusions valables. On s'adresse à un syndrome mental

dont les limites sont trop peu précises et à des sujets dont les conditions physiologiques, sont si dissemblables que les résultats biologiques obtenus s'opposent dans de nombreux cas. Les auteurs du présent travail ont cependant multiplié leurs recherches puisqu'ils ont choisi 57 hommes de tous âges, soumis pendant 7 mois à toutes sortes d'investigations : tension artérielle, fonctions digestives, urine, globules du sang hémoglobine, constantes chimiques et physiques du sérum, liquide céphalo-rachidien, métabolismes, fonctions respiratoires, hépatiques, etc... Les bilans montrent des insuffisances variées et surtout une tendance très générale à l'instabilité physique, à l'irrégularité fonctionnelle organique.

P. CARRETTE.

Les psychoses schizoaffectives aiguës (*The Acute Schizoaffective Psychoses*), par J. KASANIN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 1, pp. 97-126, juillet 1933.

La conception kræpélienne de la démence précoce était dominée par un organicisme fatal. Le contenu psychologique apparaissait comme accessoire dans la variété de ses manifestations. Il s'agissait d'une maladie du cerveau avec sa double expression neurologique et mentale. Pour celle-ci, on s'appliquait à déceler la réalité de l'affaiblissement démentiel. Aujourd'hui, avec le point de vue des états schizophréniques, le fait psychopathique retrouve toute son importance. La notion des troubles pré-psychotiques permet de suivre les progrès de désadaptation sociale, jusqu'à l'éclosion des symptômes délirants avec leur symbolisme. La personnalité reprend ses droits et l'analyse individualiste conditionne les essais thérapeutiques ingénieux et patients. Kasanin présente 9 observations de sujets atteints d'anxiété, de désorganisation émotive aiguë, avec quelques troubles sensoriels. Le syndrome a surgi brusquement et rapidement l'intensité des manifestations a fait poser le diagnostic de démence précoce. Tous les malades ont guéri en quelques mois au maximum, sans troubles psychiques. La personnalité pré-psychotique était normale. L'auteur place ces cas dans le cadre de la schizophrénie et l'observation clinique stricte de la période d'état semble légitimer sa conception.

P. CARRETTE.

Schizophrénie constitutionnelle (*Constitutional Schizophrenia*), par Karl-M. BOWMAN et Jacob KASANIN. 89^e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 3, pp. 645-658, novembre 1933.

Les aperçus sur la schizophrénie, ou la démence précoce, embrassent généralement trop de faits. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les conditions étiologiques et les facteurs prédisposants pour comprendre la difficulté de bâtir un chapitre cohérent de psychopathologie avec des éléments aussi disparates. Pour apporter un peu de clarté dans la question, MM. Bowman et Kasanin proposent de réunir dans un même groupe nosologique les cas où la psychose apparaît comme le résultat de l'évolution d'un type spécial de personnalité. Le début est si insidieux qu'il est presque arbitraire de déterminer quand la psychose a commencé. Suivent 3 observations démonstratives.

P. CARRETTE.

De la schizophrénie chez les épileptiques (Über Schizophrenie bei Epileptikern), par I. WYRSCH. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1^{re}, 1933.

La coexistence, chez le même malade, d'épilepsie idiopathique et de schizophrénie est très rare. L'auteur a fait une enquête sur 10.000 observations ; dans 16 cas seulement, le diagnostic d'une association schizophrénie-épilepsie peut être discuté. Mais dans la grande majorité des cas, il s'agit de troubles psychiques atypiques, catatoniformes, paranoïdes, etc., apparus sur le fond de l'épilepsie et déterminés par elle. Dans 2 cas, l'association de troubles schizophréniques et de troubles épileptiques, indépendants entre eux, paraît certaine. L'auteur rapporte les deux observations ainsi qu'une autre, dans laquelle il s'agit plutôt d'une schizophrénie réactive, en rapport avec l'épilepsie.

E. BAUER.

La phase somatique prodromique de la démence précoce, par H. BARUK et D. LAURENT. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 13, pp. 437-448, 15 juillet 1933.

L'éclosion des troubles psychiques de la démence précoce apparaît à Baruk et Laurent comme la conséquence de désordres du système nerveux, qui se sont traduits antérieurement par des algies, la céphalée, des vertiges, des palpitations, de la dyspnée des troubles digestifs, un mauvais état général. Tous ces signes n'ont aucun caractère spécifique, mais il est important de noter leur fréquence, leur tendance évolutive. Le malaise, l'angoisse signalée par les malades sont une réaction normale, la conscience d'une altération organique croissante, qui menace l'intégrité psychique.

P. CARRETTE.

Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ? par Mlle C. PASCAL. *Le Progrès Médical*, n° 32, pp. 1418-1435, 12 août 1933.

Les rapports de la démence précoce et de la tuberculose, objets de nombreux travaux récents ne sont pas encore précisés. Aucune preuve sérologique, ni bactériologique, n'a été apportée définitivement. La tuberculose des hébéphréniques est surtout torpide ; elle s'aggrave, — ou apparaît, — si on néglige les préceptes d'hygiène qu'il est indispensable d'observer. Mlle Pascal admet qu'il y a chez un certain nombre de déments précoces des antécédents très nets : il s'agit des dégénérés très vulnérables, à type asthénique. Toutefois, la biotypologie schizophrénique de Kretschmer ne résume pas toute la question de l'avant-psychose. Tous les déments précoces ne sont pas des « ratés de la plastique ».

Mlle Pascal, dans des considérations d'une documentation serrée, critique également les théories sur le mode d'action possible à la tuberculose. On n'est pas en droit d'affirmer que le virus filtrant de Fontès et Vaudremer, pas plus que le bacille de Koch, soit capable de donner couramment des encéphalopathies tuberculeuses torpides qui seraient des démences précoces. Gardons-nous des conceptions hâtives, conclut l'auteur. Le problème de la paralysie générale tuberculeuse s'est évanoui, de lui-même, quand on a compris que les observations se rapportaient à de simples coïncidences. L'in-

interprétation prudente des faits est nécessaire si l'on veut éviter de perdre le bénéfice des recherches délicates sur la tuberculose dans ses rapports avec les syndromes neuro-psychopathiques.

P. CARRETTE.

De l'étiologie de la démence précoce (Sulla eziologia della demenza precoce), par le Dr Antonino MAZZA (Reggio Emilia). IX^e congrès de la Soc. Ital. de Neuro., Octobre 1932, in *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, Janvier-Février 1934, p. 127 à 130.

L'auteur fait part de ses impressions sceptiques en ce qui concerne l'origine tuberculeuse de la démence précoce, impressions basées sur l'inoculation négative du liquide céphalo-rachidien de 30 malades à des cobayes. Dalma, Pucca et Buscaïno, qui prirent part à la discussion, émirent également des avis très réservés.

Henri Ey.

Psychoses de motilité (Motilitätspsychosen), par P. J. REITER. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague.

Les psychoses de motilité isolées par Kleist ne représentent pas, comme cet auteur a prétendu, des entités cliniques autonomes ; ce sont des formes atypiques, tantôt de psychose maniaque-dépressive, tantôt de schizophrénie. Dans certains cas il s'agit de processus encéphalitiques que l'évolution ultérieure met en évidence. Ces psychoses ne sont nullement toujours bénignes ; l'auteur rapporte 4 cas avec évolution chronique. Kleist a exagéré la fréquence des psychoses de motilité ; l'auteur n'en a identifié que 24 cas, sur 3.000 psychoses observées par lui.

E. BAUER.

Contribution à la classification des perturbations mentales des formes prolongées d'encéphalite épidémique (Contribuição para a classificação das perturbações mentais nas formas prolongadas de Encefalite epidémica), par Fausto GUERNER et Silvio RIBIERO DE SOUZA. *Memorias do Hospital de Juquery*. São Paulo n° 7-8, pp. 5-76, 1930-1931.

Les encéphalitiques atteints de troubles mentaux tardifs présentent généralement des syndromes de type constitutionnel. Ils surviennent le plus souvent chez des adolescents sous la forme d'états cyclothymiques avec tendances perverses, prédominance d'hypomanie, de syndromes mythomaniacques. Les auteurs ne prennent pas partie sur le terrain étiologique vrai, car, à côté de cas à prédominances psychopathiques nettes, à hérédité lourde, ils ont observé des sujets parfaitement normaux avant l'encéphalite.

P. CARRETTE.

Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique, par Henri CLAUDE et Henri Ey. *La Presse Médicale*, n° 65, pp. 1281-1285, 16 août 1933.

Les auteurs distinguent des états oniriques et des délires, les uns d'allure paranoïde, les autres sous forme de syndrome d'influence au cours de l'évo-

lution tardive de l'encéphalite épidémique. Ce ne sont pas des séquelles, mais des manifestations analogues aux complications mentales de certains états toxi-infectieux. Elles prouvent la persistance du processus morbide, ses tendances envahissantes dans les zones les plus élevées du système nerveux central et sont une indication formelle de la continuation presque illimitée des traitements.

P. CARRETTE.

Les psychoses atypiques de l'encéphalite chronique (Los psicosis atípicas de la encefalitis crónica), par José M. SACRISTÁN. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIII, n° 4 à 6, pp. 861-898, juillet-décembre 1933.

Le problème des psychoses, écloses au cours de l'évolution de l'encéphalite épidémique, est surtout pathogénique. Les états du type schizophrénique, les affaiblissements démentiels, les crises maniaco-dépressives n'ont pas de caractères cliniques spéciaux. L'encéphalite ne paraît pas créer des psychoses ; elle favorise l'évolution d'états psychopathiques chez les anormaux, les prédisposés héréditairement. C'est du moins l'opinion de Sacristán, basée sur son expérience. Elle ne préjuge pas des résultats de recherches ultérieures qui confirmeront ou infirmeront la conception actuelle.

P. CARRETTE.

Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié, par MM. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECCA. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934).

« Les psychoses trypanosomiasiques » ont fait l'objet en 1910 d'une étude très complète de Martin et Ringenbach. Les auteurs rapportent l'observation d'un nègre originaire du Congo belge, âgé de 28 ans, qui présenta en 1932, après dix années de séjour en Europe et, après une période de latence de 14 ans (les accidents primaires remontant à l'enfance, passée au Congo), les troubles nerveux secondaires, rapportés dans la présente observation. Les symptômes initiaux ont été des idées de persécution basées sur des interprétations délirantes, puis sur des hallucinations de l'ouïe. Ulérieurement, apparition d'une adénopathie axillaire droite (sans présence de bacilles de Koch), crise convulsive de 4 à 5 minutes présentant quelques caractères comitiaux, puis aggravation des phénomènes hallucinatoires et délirants, ce qui entraîne la mise en observation au Centre psychiatrique de Bruxelles. L'examen montre des modifications du liquide céphalo-rachidien (leucocytose et précipitation dans la zone syphilitique) sans présence du trypanosome dans le liquide ni dans le sang. Au point de vue neurologique, pas de signes de paralysie générale, aucun signe clinique méningé ou cérébelleux ; au point de vue mental, syndrome hallucinatoire avec minimum de réactions dans le sens des idées de persécution. Discutant le diagnostic, les auteurs éliminent la paralysie générale, la méningite tuberculeuse, une tumeur cérébrale le paludisme et la filariose. Le diagnostic de trypanosomiasie leur paraît fondé sur l'analyse des antécédents et des principaux symptômes ; de plus, le malade ayant été ultérieurement rapatrié au Congo, on put mettre en évidence, dans le sang, la présence de nombreux trypanosomes. Au point de vue psychiatrique, il faut conclure qu'il convient de rechercher une cause précise, organique aux syndromes hallucinatoires pour établir une thérapeutique rationnelle.

SENGÈS.

Contribution à la question des psychoses de la malaria, par Mme G. P. POPOVA (*Sovietskaia Neuropatologia, Psychiatria Psychogigiena*, T. II, fasc. 8 et 9, 1933).

L'auteur relate l'histoire clinique d'un homme de 43 ans, sans spécificité et sans aucune tare psychique, qui a présenté au cours d'une première atteinte de paludisme tropical des troubles psychiques et neurologiques graves, expression d'une méningo-encéphalite avec psychose de la malaria. Le malade a présenté de l'ataxie motrice, avec mouvements choréo-athétosiques, dysarthrie avec parole légèrement scandée, troubles de l'écriture, vertiges et céphalées.

Au point de vue psychique, le délire du type onirique et l'agitation des premiers jours ont fait place à l'affaiblissement psychique global, troubles de la mémoire, crises de peurs morbides. Les troubles ont évolué jusqu'à aboutir plus tard à un changement complet de la personnalité psychique avec euphorie, qui ne ressemble cependant que de très loin à l'euphorie du paralytique général.

L'auteur souligne que, dans la psychose malarique avec méningo-encéphalite, le processus infectieux intéresse non seulement le système nerveux central et neuro-végétatif, mais également les autres organes et les glandes à sécrétion interne en particulier. D'où le grand polymorphisme dans l'expression des troubles neuro-psychiques aigus, chroniques ou frustes du paludisme, pouvant varier depuis des formes légères d'asthénie et de névropathie jusqu'au changement complet de la personnalité psychique.

FRIBOURG-BLANC.

Remarques touchant les modifications qualitatives du tableau clinique chez les paralytiques généraux au cours et à la suite du paludisme inoculé, par M. KRIVY et Karel MATULAY. *Revue neurologique et psychiatrique tchèque*, n° 10, décembre 1933.

Au cours du paludisme inoculé chez les paralytiques généraux, on observe des secousses myocloniques du diaphragme et de la paroi abdominale. A la suite du traitement, on a signalé des délires, des états maniaques, des modifications de la personnalité. Le passage de la forme expansive au délire mélancolique est décrit à propos d'un cas dont l'évolution a été défavorable. Les hallucinations cœnesthésiques sont plus particulièrement liées au délire hypocondriaque; celles de l'ouïe peuvent être simples ou utilisées dans le sens des idées de persécution ou de grandeur. Les manifestations d'ordre catatonique et paranoïde ont suscité diverses hypothèses pathogéniques. Les uns parlent de prédominances lésionnelles locales, temporales dans les syndromes hallucinatoires pour Gertsman. D'autres croient à l'activation d'une schizoidie latente. Leroy et Médakovitch incriminent le paludisme insuffisamment traité. Les causes de ces modifications cliniques sont sans doute multiples. Les auteurs citent un cas dont l'évolution paraît obéir à des influences complexes: il s'agit d'une forme paranoïde transformée par le traitement en délire expansif.

J. SEBEK.

Présence de spirochètes dans les cerveaux de paralytiques traités par la malaria (Spirochoetal Findings in the Brains of Paretics Treated with Malaria), par Nicholas KOPELOFF et Nathan BLACKMAN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 1, pp. 21-31, juillet 1933.

La découverte du tréponème dans les préparations histologiques de cerveaux touchés par la syphilis fait toujours l'objet de débats. Nombreux sont les auteurs qui n'ont jamais trouvé l'agent pathogène. Kopeloff et Blackman, malgré trente-trois échecs sur trente-neuf observations, ont poursuivi leur recherche avec optimisme. Ils présentent trois photographies suggestives. Les six cas où le spirochète a été mis en évidence ne permettent pas encore des conclusions définitives. L'interprétation des préparations où le microbe est altéré, dégénéré, est délicate. Ils croient néanmoins que la malaria peut le détruire et que les coupes sur lesquelles il se montre avec des altérations morphologiques indiquent les phases de la destruction.

P. CARRETTE.

Types juvéniles de paralysie générale (Juvenile Types of General Paralysis), par R. M. STEWART. *The Journal of Mental Science*, n° 327, pp. 602-613, octobre 1933.

La paralysie générale infantile se présente soit chez des arriérés, soit chez des sujets jusque-là développés normalement. La forme clinique courante est la démence simple. Les types expansifs et délirants sont rares. L'auteur signale comme autres caractéristiques la fréquence des prédominances symptomatiques et en particulier de l'atrophie optique, correspondant à des altérations électives du cervelet et au ramollissement de certaines zones corticales. L'allure toute spéciale de cette variété clinique est encore mise en évidence par sa résistance aux thérapeutiques courantes.

P. CARRETTE.

Paralysie générale et traumatisme (Paralysia Geral e Traumatismo), par Zacheu ESMERALDO. *Archivos brasileiros de medicina*, n° 9, septembre 1933.

La question des rapports entre la paralysie générale et les traumatismes craniens aboutit inévitablement à celle de l'étiologie de la maladie de Bayle. Y a-t-il paralysie générale sans syphilis ? Un trauma cranio-cérébral peut-il être le premier événement d'une méningo-encéphalite diffuse ? Pour émettre une opinion, il faut s'entendre sur le sens des termes. Il est d'abord indispensable de limiter la compréhension du diagnostic de paralysie générale à l'association du triple syndrome psychique, neurologique et biologique. Le traumatisme ne saurait le déterminer, mais personne ne doute plus de son influence possible sur la maladie. Esmeraldo en cite un exemple. Le trauma débilite un cerveau préparé par la syphilis. Parfois, l'accident survient chez un paralytique au début et donne un coup de fouet à l'infection. Il y a évidemment des cas très difficiles : par exemple, quand un syndrome neuro-psychique succédant à un trauma chez un syphilitique, évoluant sans signe commun avec la spécificité cérébrale, guérit, sans séquelles, et qu'une méningo-encéphalite diffuse se déclare quelques années plus tard après une période de vie tout à fait normale.

La thérapeutique intensive peut aider au diagnostic différentiel. C'est

ainsi qu'une spécificité cérébrale peut rétrocéder cliniquement et biologiquement après traitement et ne laisser apparent que le syndrome post-traumatique observé avant l'éclosion du syndrome inflammatoire. La médecine légale admet cette influence aggravante des traumatismes cérébraux. Elle en a tenu un compte très large pendant la guerre pour les pensions et en discute chaque jour sur des problèmes de responsabilité.

P. CARRETTE.

La paralysie générale en Corée (Die progressive Paralyse in Korea), par K. KUBO et R. HATTORI (Keijo). *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, Tome I, cahier I, décembre 1933, p. 10 à 14.

Les Coréens présentent un pourcentage de paralysie générale moindre que les Japonais, mais l'affection n'est pas exceptionnelle. Les formes de syphilis latente ou torpide sont plus rares chez eux. En raison de l'infection palustre spontanée et précoce, l'inoculation malarique se révèle inefficace ou avorte très rapidement.

Henri Ex.

Etat actuel du problème des démences séniles : La démence sénile typique (Estado actual del problema de las demencias seniles : Demencia senil típica), par Adolfo M. SIERRA. *La Semana Médica*, n° 38, pp. 829-834, 21 septembre 1933.

Le problème de la démence sénile se déplace à mesure que les descriptions de variétés d'athéromasies cérébrales se multiplient. On connaissait, il y a quelques années, une démence sénile cellulaire et névroglique et une démence artério-scléreuse. Il semble qu'on admette aujourd'hui la présence de lésions vasculaires dans toutes les formes de démences de la sénilité et que le type classique correspond aux formes diffuses et profondes observées chez les vieillards. A côté de ces syndromes, on a décrit des démences organiques à prédominances symptomatiques, apanage de la ménopause, de la maturité, de l'involution pré-sénile et dans le cadre desquelles on accumule les observations que la minutie du clinicien ou de l'anatomo-pathologiste assimile ou met en marge de syndromes connus sous les noms de maladie d'Alzheimer, de maladie de Pick, de presbyophrénie de Kalbaum-Wernicke.

P. CARRETTE.

Les psychoses séniles, par Guglielmo Lippi FRANCESCONI (de Pise). *Rassegna di Studi Psichiatria*, juillet-août 1933.

Il s'agit d'un très important et très remarquable travail de plus de 200 pages qui expose toutes les données actuelles sur la question. La bibliographie en est particulièrement riche.

Tout d'abord l'auteur résume tous les documents anatomo-pathologiques se rapportant aux psychoses de la vieillesse. Puis, analysant 22 cas personnels en une parfaite étude clinique, il discute à leur propos quelques théories nouvelles. Tout d'abord celle de Pende sur la physio-pathologie de la sénilité en rapport avec la sympathicotomie sénile. Puis celle de Westphal sur la genèse des manifestations cérébrales à foyer d'origine vasculaire, le

dépôt de cholestérine sur la paroi des vaisseaux créant secondairement l'artério-sclérose. Il discute enfin les conceptions récentes de Pellizi qui essaye de faire une classification des psychoses séniles : dans un premier groupe, il place la maladie d'Alzheimer et la presbyophrénie en leur accordant comme caractère principal la dysharmonie entre la conservation de la motricité extra-pyramidale et le fléchissement de la psychomotricité pyramidale. Dans un deuxième groupe, il distingue tout d'abord les démences postapoplectiques ou démences angioneurotiques, ensuite les démences de l'artério-sclérose diffuse où la présentation clinique est habituellement influencée par la constitution psychique habituelle du sujet.

Paul ABÉLY.

Démence présénile familiale avec paralysie spastique (Familial Presenile Dementia with Spastic Paralysis), par C. WORSTER-DROUGHT, T. R. HILL et W. H. Mc MENEMEY. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIV, n° 53, pp. 27-34, juillet 1933.

Les observations présentées concernent quatre générations d'individus d'une même famille, les cas devenant moins nets et plus rares à mesure qu'on s'éloigne de la base généalogique. Il s'agit de rigidité de type extra-pyramidal atteignant à des degrés divers les quatre membres avec perturbations mentales d'abord légères, mais progressives. Nosologiquement, la place du syndrome est voisine de la maladie de Pick (dont il diffère par l'apparition précoce de la spasticité et le degré de dysarthrie) et de la pseudosclérose de Jacob (il s'en distingue cependant par l'absence de tremblement et de mouvements spontanés).

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Observations cliniques sur la valeur du signe d'Hoffmann (Clinical Observations on the Value of the Hoffmann Sign), par Temple FAY et Henry B. GOTTEN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 77, n° 6, pp. 594-600, juin 1933.

Il existe, pour l'exploration motrice des membres supérieurs, un réflexe qui a la valeur du réflexe de Babinski dans les lésions pyramidales intéressant les membres inférieurs : c'est le réflexe d'Hoffmann, signe du pouce de Klipper-Weil, s'effectuant normalement en extension. Dans les cas de contracture paralytique, la recherche porte — plus précisément — sur la partie unguéale de la dernière phalange du 3^e doigt et détermine une flexion plus accentuée du pouce et de l'index. Le signe d'Hoffmann donne un pourcentage plus élevé de réponses en flexion (positives) que le signe de Babinski dans l'hémiplégie, le parkinsonisme, post-encéphalitique, l'épilepsie. La proportion est renversée dans la sclérose multiple et, d'après Fay et Gotten, dans le parkinson vrai. Il n'est pas possible de comparer la valeur clinique des deux réflexes, les résultats de la statistique dépendant de la proportion des lésions pyramidales affectant, soit le membre supérieur, soit le membre inférieur.

P. CARRETTE.

Sur les récentes acquisitions de la physiologie normale et pathologique de l'appareil cérébelleux, par D. NOICA. *Revue Neurologique*, T. II, n° 4, pp. 459-467, octobre 1933.

L'auteur considère du point de vue dynamique le rôle du cervelet dans l'économie de la motricité. Il interprète les troubles de la coordination, l'asynergie, l'hypermétrie, l'adiadococinésie comme la conséquence d'altérations d'une double fonction équilibratrice et statique, qu'il nomme « fonction de fixité ».

P. CARRETTE.

L'épreuve d'adaptation statique (suite à l'étude de quelques réactions des extrémités d'origine labyrinthique), par G. G. J. RADEMAKER et Raymond GARCIN. *Revue Neurologique*. T. II, n° 5, pp. 566-579, novembre 1933.

Chez un sujet placé à quatre pattes sur un lit qu'on bascule rapidement, des réactions d'arc-boutement se produisent de façon réflexe. Cette épreuve reste dans la gamme des sollicitations habituelles auxquelles le labyrinthe est physiologiquement exposé. Chez le cérébelleux pur et le tabétique ataxique, les réflexes d'arc-boutement des extrémités s'effectuent comme chez le sujet sain, tandis que dans les cas de lésions sus-labyrinthiques du nerf vestibulaire, de lésions bilatérales de la VIII^e paire ou labyrinthiques non compensées, l'absence de réactions est habituelle.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étiologie de la paralysie des mouvements associés des yeux des deux côtés, (K etiologii poruchy sdruzemjch horizontalnich pohybu ocnich na obě strany), par Otakar JANOTA. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 7, pp. 161-165, septembre 1933.

Les deux observations de paralysie des mouvements associés horizontaux des yeux des deux côtés se rapportent dans un cas à une sclérose en plaques, dans l'autre à une poliomyélite antérieure aiguë avec, chaque fois, lésion protubérantielle.

P. CARRETTE.

La base anatomique des positions forcées des yeux soi-disant paralysées du regard, par L. J. J. MUSKENS. *Revue Neurologique*, T. 2, n° 2, pp. 287-296, août 1933.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux s'effectue, dans les lésions centrales, suivant un plan horizontal, frontal ou vertical. La physiopathologie de ces positions anormales est exposée par l'auteur, qui aborde à leur sujet le problème des centres supranucléaires. Il suppose que la rareté de la déviation en bas et la fréquence de la fixation tonique en haut est due à la disposition des centres. Ceux dont la lésion commande la 2^e position sont limités, médians et vulnérables (locus niger). Les autres, au contraire, sont largement étendus et constituent la formation cupuliforme péri-rétro-rubrale.

P. CARRETTE.

Paralysie de l'abaissement du regard. Paralysie des inférogyres. Hypertonie des superogyres et des releveurs des paupières, par André THOMAS, H. SCHAEFFER et Ivan BERTRAND. *Revue Neurologique*, T. II, n° 5, pp. 535-542, novembre 1933.

Les paralysies verticales du regard touchent généralement l'élévation ou réalisent le syndrome de Parinaud. Les paralysies de l'abaissement sont exceptionnelles et leur interprétation est difficile, faute d'examen anatomiques. Le cas présent montre des lésions discrètes et portant sur des faisceaux qui paraissent interrompre le relai entre les centres corticaux et sensoriels d'une part, les noyaux oculo-moteurs d'autre part. Dans ce carrefour, où passent des fibres des tubercules quadrijumeaux, du faisceau longitudinal postérieur, de la commissure postérieure, du pulvinar, etc..., il est évidemment délicat de préciser les bases anatomo-physiologiques d'un syndrome paralytique oculo-moteur, qui s'exprime par des altérations fasciculaires complexes multiples et minimes.

P. CARRETTE.

A propos de l'organisation des centres proprioceptifs de l'axe médullobulbo-ponto-mésencéphalique, par J. NICOLESCO. *Revue Neurologique*, T. II, n° 3, pp. 361-376, septembre 1933.

L'auteur considère le noyau mésencéphalo-pontin à cellules vésiculeuses comme fonctionnellement intéressé au système proprioceptif de la musculature de l'extrémité céphalique. Il s'agit, plutôt que d'un noyau, de traînées de neurones s'étendant du locus cœruleus au pôle antérieur du noyau musculo-strié du moteur oculaire commun. Morphologiquement, les cellules vésiculeuses rappellent les neurones sensitifs des ganglions rachidiens, sauf qu'elles sont dépourvues de capsules.

Le système mésencéphalo-pontin forme, d'après Nicolesco, avec la colonne vésiculaire de Clarke et les cellules du noyau de Monakow un système unique dont les éléments, disposés en îlots s'étendent de la moelle lombaire jusqu'au niveau du pôle frontal des noyaux de la troisième paire et sont en rapports intimes avec les noyaux moteurs, le système végétatif et tonigène. Les cellules vésiculeuses formeraient donc un système intercalé sur le trajet des voies de la sensibilité proprioceptive.

P. CARRETTE.

L'ictus laryngé non tabétique, par L. CAUSSADE et P. MICHON. *Le Progrès Médical*, n° 27, pp. 1225-1229, 8 juillet 1933.

L'ictus laryngé débute par un spasme respiratoire et se termine par un état d'inhibition bulbaire. On en trouve assez souvent la cause dans les lésions du système nerveux central, mais il existe des cas où l'étiologie reste imprécise. Les auteurs étudient ces derniers et montrent qu'ils surviennent chez des sujets prédisposés par une évidente hypervagotonie. Le pronostic est bénin, malgré l'apparence parfois inquiétante des manifestations. Le traitement par des dérivés belladonnés est indiqué, aussi bien pour le vague, qu'à titre de calmant général.

P. CARRETTE.

Interprétation ventriculographique (Ventriculographic Interpretation), par Arne TORKILDSEN et Wilder PENFIELD. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXX, n° 5, pp. 1011-1024, novembre 1933.

La pneumographie des ventricules latéraux du cerveau est un document de plus en plus apprécié du diagnostic des syndromes nerveux encéphaliques. Les auteurs se sont surtout attachés à décrire les résultats de leurs investigations par des moyens didactiques plus précis que ceux qu'on emploie communément. Désigner une corne antérieure, une partie moyenne, une corne postérieure, un prolongement temporal, c'est s'exposer à des incompréhensions par l'usage de termes vagues. Sur des moulages, Torkildsen et Penfield fixent les points de repères et dans des schémas limitent 6 portions de l'extrémité antérieure à la pointe temporale en suivant la courbe générale de la cavité. Seule la corne occipitale fait saillie hors de la course du trait axial et constitue la 5^e portion. Une telle unification descriptive est indispensable pour identifier les figures ventriculographiques.

P. CARRETTE.

Rôle du terrain dans l'éclampsie puerpérale, par LÉVY-SOLAL et de PARIENTE. *La Presse Médicale*, n° 50, pp. 1013-1014, 24 juin 1933.

L'élément toxique ne joue pas le rôle essentiel dans l'éclampsie puerpérale. Le terrain a une importance capitale. Il dévoile son état d'intolérance gravidique au cours de la période pré-éclampsique. Les preuves de cette conception sont fournies aux auteurs par des considérations tirées des réactions glandulaires, neuro-végétatives vasculaires et humorales, du choc anaphylactique des troubles rénaux et hépatiques et enfin de la multiplicité des moyens thérapeutiques efficaces. Le fait de l'intoxication est banal ; tandis que la crise éclampsique est la preuve d'une sensibilité spéciale réveillée par les conditions de la gestation.

P. CARRETTE.

Les hémiplegies et les aphasies transitoires des cardiaques, par E. LEDOUX et G. JACQUOT. *La Presse Médicale*, n° 65, pp. 1285-1286, 16 août 1933.

Au cours des cardiopathies, la circulation cérébrale subit des troubles qui se traduisent par des paralysies de brève durée. A quelle hypothèse s'arrêter pour expliquer leur mécanisme ? — Petites embolies ? — Stase et œdème ? — Anémie par chute de tension ? — Les auteurs estiment que les incessantes modifications imposées par l'arythmie favorisent les spasmes sylviens, d'autant plus aisément que des phénomènes infectieux habituels sensibilisent les vaisseaux comme le prouve l'élévation thermique fréquente liée à l'artérite.

P. CARRETTE.

Diagnostic des paraplégies flasques, par Henri ROGER. *Provence Médicale*, n° 24, pp. pp. 11-15, 15 septembre 1933.

L'auteur distingue deux variétés. Les paraplégies qui restent toujours flasques : polynévrites et poliomyélites aiguës ; celles qui, d'abord flasques, deviennent spasmodiques : myélite transverse, hématomyélie ; enfin, dans certains cas rares, la paraplégie spasmodique devient flasque : c'est le cas de la myélite nécrotique subaiguë et de certains syndromes neuro-anémiques.

P. CARRETTE.

Hématome sous-dural chronique post-traumatique, opération, guérison, par R. FISCHER et G. de MORSIER. *La Presse Médicale*, n° 79, pp. 1517-1519, 4 octobre 1933.

On se trouve en présence d'un syndrome caractérisé par des troubles mentaux avec hémiparésie légère et aphasie, apparaissant un mois après un traumatisme crânien. Particularité importante : malgré l'évidente compression cérébrale, la pression rachidienne est basse. Les auteurs préconisent l'intervention sur le kyste sous-dural, sans extirpation de la membrane et recommandent de pratiquer l'opération au cours d'une des périodes de rémissions spontanées qui alternent avec les poussées évolutives.

P. CARRETTE.

Tumeurs colloïdes du 3^{me} ventricule (Colloid tumors of the Third Ventricle), par H. M. ZIMMERMAN et Williams J. GERMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 2, pp. 309-325, août 1933.

En présence des signes très généraux fournis par les kystes colloïdes du 3^e ventricule, la ventriculographie devient un élément important du diagnostic. Ils peuvent dériver du plexus choroïde, de l'épendyme de la cavité ou même d'une paraphyse persistante.

P. CARRETTE.

Tumeurs malignes de l'hypophyse envahissant le diencephale. Etude clinique et pathologique de 4 cas sans acromégalie (Malignant Tumors of the Hypophysis Invading the Diencephalon. A Clinical and Pathologic Study of Four Cases without Aeromegaly), par E. B. FINK. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. 77, n° 6, pp. 561-586, juin 1933.

Les quatre tumeurs envahirent le 3^e ventricule. Dans certains cas, les lésions atteignent le cerveau et la protubérance. L'auteur distingue l'adénocarcinome formé d'éléments épithéliaux du lobe antérieur et l'épithélioma craniopharyngé, tumeur embryonnaire dérivée de la poche de Rathke. Enfin, il existe des adamantinomes à propagation maxillo-cranienne qui peuvent intervenir secondairement. La malignité est liée à l'évolution rapide des troubles de la vision et des signes d'encéphaliques ; l'accroissement de pression apparaît plus tard. L'invasion de la base du cerveau se traduit par l'obésité, la polyurie et l'hypersomnie.

P. CARRETTE.

Premiers signes cérébelleux dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Syndrome cérébelleux hétérolatéral, par Kamil HENNER. *Revue Neurologique*. T. II, n° 3, pp. 377-389, septembre 1933.

Dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux le syndrome cérébelleux est généralement considéré comme apparaissant tardivement et l'auteur a cru devoir noter les premiers signes qui permettent d'établir le diagnostic. Les manifestations les plus précoces peuvent disparaître par décompression ; elles consistent dans un syndrome déficitaire homolatéral, les signes inversement cérébelleux fréquents chez les parkinsoniens, quelques symptômes du vermis. Henner note, après plusieurs auteurs, les traits antagonistes du parkinsonien et du cérébelleux et explique le fait par l'excitation des fonc-

tions du cervelet par perte de la fonction inhibitrice du pallidum. Les signes hyperfonctionnels sont plus durables quand ils sont situés du côté opposé à la lésion. La réversibilité du syndrome déficitaire, tout comme celle des éléments parkinsoniens dans un syndrome cérébelleux classique n'est pas aussi schématique que l'explication physiopathologique tendait à le montrer, mais elle est souvent cliniquement assez nette pour fournir des éléments de probabilité au diagnostic.

P. CARRETTE.

Les leucodystrophies progressives familiales, par Ludo van BOGAERT et Ivan BERTRAND. *Revue Neurologique*, T. 2, n° 2, pp. 249-286, août 1933.

L'étude des formes familiales de l'encéphalite de Schilder n'a pas été faite en France. Les cas isolés, bien que très complètement observés, ne présentent pas le même intérêt. La comparaison de névrxites, cliniquement assez différentes, suivies dans une famille fixe certains points d'étiologie et de nosologie. L. van Bogaert et I. Bertrand décrivent longuement deux groupes où les processus leucodystrophiques se montrent avec leurs prédominances pyramidale ou extrapyramidale, épileptiforme, sensorielle ou hémiplegique. Ils entrevoient la possibilité de considérer des hémiplegies progressives, des paraplégies, comme des formes abortives, à évolution ralentie et à extension réduite, de leucodystrophies progressives.

P. CARRETTE.

A propos d'un cas de tumeur encéphalo-médullaire, par Paul MARTIN et Ludo van BOGAERT. *La Presse Médicale*, n° 70, pp. 1363-1365, 2 septembre 1933.

Une tumeur est encéphalo-médullaire quand elle s'étend de la région cervicale au trou occipital et à la fosse cranienne. Au syndrome initial s'ajoutent progressivement des céphalées, des signes de localisation sur les nerfs craniens, le cervelet. Il s'agit ici d'un méningiome enlevé grâce à une laminectomie pratiquée sous anesthésie locale. L'extension de la tumeur avait été diagnostiquée par l'apparition de crises de contractures du type Huglings Jackson témoignant de l'irritation du noyau de Deiters et des phénomènes de compression bulbaire : dyspnée, tachycardie, sialorrhée.

P. CARRETTE.

Le syndrome de l'hémiballisme, par Maurice POTET. *Le Monde Médical*, n° 832, pp. 858-866, 1-15 août 1933.

Le syndrome de l'hémichorée, en devenant l'hémiballisme, s'est complété peu à peu des descriptions qui de Travers et de Weir Mitchell jusqu'à Lhermitte ont contribué à lui donner son individualité. Ce dernier auteur le caractérise ainsi : hémichorée, hémihypotonie avec conservation de la motilité volontaire, de la sensibilité et des réflexes. L'hémiballisme est un syndrome extrêmement intense qui évolue rapidement vers la mort. Pour Potet, il est dû à des lésions du carrefour hypothalamique, surtout du corps de Luys et du pédoncule cérébelleux supérieur, avec participation du striatum et du pallidum. Ces lésions sont la cause du dérèglement des systèmes inhibiteurs localisés dans les formations de la base du cerveau.

P. CARRETTE.

De l'atteinte de la moelle dans l'actinomyose, par M^{me} A. I. ZAIZEWA (*Sovietskaia Nevropatologuia Psychiatria, Psychoguiguiena*, T. II, fasc. 8 et 9, 1933).

Un homme de 41 ans atteint d'actinomyose pulmonaire présente une paraplégie due à la propagation de la mycose sur la colonne vertébrale, depuis D. III jusqu'à L. I. avec compression de la moelle par péricorébrospinalite.

L'auteur souligne la difficulté du diagnostic microscopique. Dans la recherche des nodules extrêmement rares sur les coupes en série, la recherche bactériologique des champignons dans le pus ne donne pas toujours des résultats positifs. Le pronostic de la localisation de l'actinomyose sur les centres nerveux est grave. Les moyens thérapeutiques habituels échouent. Seules les applications des rayons X donnent quelques résultats quand il s'agit de lésions plus superficielles. Ils sont sans effet sur les foyers profonds.

FRIBOURG-BLANC.

Cinq cas d'acrodynie, par DESSERT, F. GAUD et TESSIER. *Le Monde Médical*, n° 836. pp. 988-994, 1^{er} novembre 1933.

L'acrodynie, qu'on a comparée aux manifestations de l'ergotisme chronique, est une affection de l'enfance d'un diagnostic difficile. On ne sait rien de définitif sur sa propagation, sur les causes probables et la symptomatologie se développe lentement et capricieusement pour régresser de même et aboutir à la guérison 9 fois sur 10. Les troubles des extrémités paraissent les plus caractéristiques. Ils consistent en algies, parésies, dystrophies cutanées et profondes. L'anorexie, la dépression, l'insomnie, les troubles du caractère et la tachycardie complètent le tableau clinique.

P. CARRETTE.

Dysostoses cranio-faciales, par W. G. SILLEVIS SMIT et B. G. ZIEDES des PLANTES. *Revue Neurologique*, T. II, n° 5, pp. 543-553, novembre 1933.

Le syndrome individualisé par Crouzon en 1912 était caractérisé par des déformations du crâne et de la face, l'exophtalmie et le strabisme, mais les cas se sont multipliés et les variétés cliniques également. La présente étude vise à systématiser les rapports entre les lésions et les types observés. Bolk a édifié une théorie dite de foetalisation qui accorde une importance primordiale aux troubles du développement. Toutefois, on ne peut nier la valeur des causes mécaniques : emplacement des sutures, plages d'ossification. Si bien des obscurités pèsent sur le problème de la dysostose crânienne, on peut dire que celui des anomalies de la face n'a pas encore été abordé et il exigera des solutions d'un ordre tout à fait différent.

P. CARRETTE.

Considérations cliniques et physiologiques sur la maladie de Friedreich. L'hérédité-dégénération spino-cérébelleuse, par Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET. *La Presse Médicale*, n° 73, pp. 1417-1420, 13 septembre 1933.

Les auteurs attachent une grande importance à la découverte précoce des signes cérébelleux et radiculaires dans le syndrome de Friedreich. Ils complètent l'étude clinique de recherches biologiques sur les glandes et le

liquide céphalo-rachidien. Les formes cliniques de passage relient insensiblement la maladie de Friedreich à l'hérédo-ataxie cérébelleuse et à la paraplégie spasmodique familiale. Guillain et Mollaret proposent de réunir les trois syndromes sous une dénomination anatomo-clinique plus générale : « l'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse ».

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich (Contribución al estudio de la enfermedad de Friedreich), par Agustin del CAÑIZO, J. H. D'ORS et J. L. ALVAREZ-SALA. *Archivos de Neurobiología*. T. XIII, nos 4 à 6, pp. 1025-1052, juillet-décembre 1933.

Chaque étude nouvelle sur la maladie de Friedreich nous apporte une conception différente. La clinique multiplie impitoyablement ses surprises ; les cadres s'enrichissent ; les variétés naissent ; des fusions, des parentés nosologiques se forgent. Le domaine de l'hypothèse s'étend ainsi parce que les recherches étiologiques piétinent. La communication des trois auteurs espagnols nous montre des formes dites pures, un cas mixte Friedreich-Pierre Marie, une hérédo-ataxie cérébelleuse, une paraplégie familiale de Strümpell. Un essai de synthèse de Guillain et Mollaret réunit les trois syndromes précédents dans l'hérédo-dégénérescence spino-cérébelleuse. La lésion initiale de la maladie de Friedreich consisterait en une invasion gliomateuse du cordon de Goll.

P. CARRETTE.

La maladie de Roussy-Lévy n'est-elle qu'une forme fruste ou qu'une forme abortive de la maladie de Friedreich ? Intérêt des examens labyrinthique et chronaxique, par H. DARRÉ, P. MOLLARET et M^{lle} LANDOWSKI. *Revue Neurologique*. T. II, n° 6, pp. 782-793, décembre 1933.

La dystasie aréflexique héréditaire de Roussy et Mlle Gabrielle Lévy serait une variété de la maladie de Friedreich, atténuée dans sa forme progressive, abortive dans les cas où l'évolution est stationnaire ou régressive. L'argument anatomique fixerait sans doute rapidement le sort de cette hypothèse.

P. CARRETTE.

Sur un type spécial d'atrophie croisée du cervelet, par Ivan BERTRAND et Félix SMITH. *Revue Neurologique*. T. II, n° 5, pp. 551-565, novembre 1933.

On distingue communément deux types d'atrophie croisée du cervelet : un type congénital à manifestations juvéniles qui serait dû à des malformations et une forme acquise accompagnant les hémipariés de l'adulte. L'intérêt du cas de Bertrand et Smith est dans la réalisation d'un type mixte. Le sujet est un prédisposé qui a d'abord présenté des altérations cérébrales d'origine vasculaire à localisations électives, complétées secondairement jusqu'à réalisation du syndrome total. L'examen clinique, puis anatomique, a permis de vérifier ce qui n'était au cours de l'évolution qu'une hypothèse. Les voies cérébro-cérébelleuses ont été exceptionnellement touchées au niveau du bras capsulaire postérieur, du noyau thalamique externe et du bras conjonctival.

P. CARRETTE.

Sur les troubles vaso-moteurs périphériques dans les traumatismes médullaires, par Lucien CORNIL et Michel MOSINGER. *Le Progrès Médical*, n° 26, pp. 1190-1196, 1^{er} juillet 1933.

L'étude des traumas médullaires a permis à Cornil et Mosinger de dégager, — entre autres considérations, — l'influence des centres régulateurs sur la vaso-motricité périphérique. La tension artérielle tombe d'abord très bas, oscille ensuite et finalement revient à l'état normal chez les commotionnés ou reste abaissée s'il y a atteinte des ganglions spinaux. Les réactions oscillographiques aux bains chaud et froid persistent. Aucun fait constant n'a pu être mis en évidence après l'injection intraveineuse d'adrénaline.

P. CARRETTE.

L'hématomyélie traumatique, par J.-A. CHAVANY. *Le Monde Médical*, n° 833, pp. 894-900, 1-15 septembre 1933.

L'hématomyélie est le type des affections traumatiques que tout médecin peut être appelé à diagnostiquer à la suite d'accident du travail par choc, par chute ou électrocution. Elle n'est pas rare chez les scaphandriers soumis à une décompression trop rapide. Chavany décrit les lésions habituelles du foyer médullaire cervico-dorsal, cite les types cliniques, montre l'évolution parfois rapidement favorable, les séquelles, l'importance du diagnostic différentiel avec l'hystéro-traumatisme et le mal de Pott, notions dont l'intérêt médico-légal ne doit jamais être méconnu.

P. CARRETTE.

Spondylite traumatique avec ostéoporose étendue du rachis chez un tabétique, par André THOMAS, H. SCHAEFFER et HUC. *La Presse Médicale*, n° 49, pp. 985-987, 21 juin 1933.

Dans la pathologie du rachis, le rôle respectif du traumatisme et de l'ostéoporose est généralement difficile à préciser. Les cas cliniques répondent assez rarement à un syndrome défini. La symptomatologie emprunte à la maladie de Kümmel-Verneuil, à la cyphose sénile ou à la cyphose hérédotraumatique de Bechterew. Les auteurs décrivent des faits cliniques et radiographiques à l'occasion d'un effort musculaire brutal observé chez un homme de 64 ans. Le syndrome secondaire est caractérisé par des douleurs rachidiennes persistantes et une déformation par aplatissement des corps vertébraux due à la décalcification. Les considérations nosologiques qui s'imposent dans les cas analogues incitent d'autant plus à évoquer la maladie de Kümmel-Verneuil qu'elle ne réalise pas un syndrome bien défini, mais le groupement de cas hétéroclites de spondylite traumatique.

P. CARRETTE.

La paraplégie scoliotique (à propos d'un cas suivi d'autopsie), par André THOMAS, L. SORREL et M^{me} SORREL-DÉJÉRINE. *La Presse Médicale*, n° 80, pp. 1542-1547, 7 octobre 1933.

La paraplégie scoliotique est une variété admise et décrite récemment. On a longtemps séparé la scoliose et les phénomènes paralytiques, attribuant ces derniers à des complications infectieuses, au mal de Pott par exemple. Or, la scoliose est capable de déterminer une paraplégie à carac-

tère progressif. Elle ne peut céder spontanément. Il est indispensable de pratiquer le traitement orthopédique et, s'il est insuffisant, la laminectomie simple ou suivie de l'ouverture de la dure-mère.

P. CARRETTE.

L'évolution des arthropathies nerveuses et quelques-uns de leurs aspects particuliers topographiques et évolutifs (Arthropathie des petites articulations des doigts ou des orteils, forme pseudo-phlegmoneuse des arthropathies), par Th. ALAJOUANINE et G. MAURIC. *La Presse Médicale*, n° 80, pp. 1537-1542, 7 octobre 1933.

Les phases cliniques des arthropathies nerveuses, telles qu'elles apparaissent dans le tabès ou la syringomyélie, sont en réalité l'état terminal d'un long travail de désintégration. La période pré-arthropathique, bien que plus discrète, présente une symptomatologie assez caractéristique qu'Alajouanine et Mauric tentent de décrire. Ils signalent des modifications squelettiques légères et progressives, surtout aux pieds et aux mains, contrôlées par la radiographie, et accompagnées de troubles trophiques cutanés, vaso-moteurs, évoluant par poussées d'allure parfois nettement inflammatoire.

P. CARRETTE.

Méningite cérébro-spinale. Début par syndrome purpurique abdominal ; troubles de la glycorégulation, par MM. MERKLEN, H. GOUNELLE et L. ISRAËL. *Le Progrès Médical*, n° 50, pp. 2166-2170, 9 décembre 1933.

Le purpura est un signe fréquent des manifestations infectieuses graves. L'observation actuelle mérite de retenir l'attention par l'évolution assez particulière des troubles : purpura infectieux primitif débutant par une localisation abdominale où l'élément douleur précède les phénomènes hémorragiques. En outre, les auteurs ont été frappés par la constatation d'une hyperglycémie provoquée anormalement élevée. Purpura et troubles de la glycorégulation apparaissent comme deux facteurs de gravité du pronostic et comme des indications précieuses d'orientation d'un diagnostic précoce.

P. CARRETTE.

Sur un cas de myotonie atrophique, avec bradycardie, polyurie et obésité, par P. HARVIER et Jacques DECOURT. *Revue Neurologique*, T. II, n° 4, pp. 468-479, octobre 1933.

La myopathie atrophique et dystrophique avec cataracte est un syndrome clinique dont on possède assez d'observations pour l'individualiser, mais dont l'anatomie pathologique est encore obscure. Les auteurs apportent une contribution nouvelle à la question. Leur cas est complexe. L'atteinte cardiaque, la polyurie et l'obésité semblent confirmer l'hypothèse de Curschmann, qui croit à l'origine nerveuse centrale du syndrome et à l'existence de lésions des voies hautes du système végétatif.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 janvier 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 janvier 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 février 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Hommage d'une Médaille au Professeur Pierre Janet.

Le professeur Pierre JANET vient de prendre sa retraite après avoir donné pendant plus de quarante ans à la Sorbonne, puis au Collège de France, un enseignement aussi fécond que célèbre, qui a honoré notre pays devant l'Europe et profondément agi sur la psychologie contemporaine.

Quelques élèves et amis ont décidé d'offrir au Professeur Pierre JANET, à l'occasion de cette retraite, une médaille frappée à son effigie. Pour une souscription de 100 fr., on recevra une reproduction de la médaille.

Voici la composition du Comité :

MM. Joseph BÉDIER, Membre de l'Académie française, Directeur du Collège de France, *Président* ;

Georges DUMAS, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne, *Secrétaire* ;

PIÉRON, Professeur au Collège de France, *Secrétaire* ;

LISBONNE, Administrateur de la Librairie Alcan, *Trésorier*.

MM. BERGSON, Membre de l'Académie française, Professeur honoraire au Collège de France ; BERR, Directeur du Centre international de Synthèse historique ; BLONDEL, Professeur à la Faculté des Lettres de Strasbourg ; BRUNSCHWIG, Membre de l'Institut, Professeur à la Sorbonne ; René CHARPENTIER, Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique ; CATTIER, ancien interne des Hôpitaux de Paris ; CLAPARÈDE, Professeur à l'Université de Genève ; CLAUDE, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; DELACROIX, Doyen de la Faculté des Lettres de Paris ; DVELSHAUWERS, Professeur à l'Institut catholique de Paris ; J.-L. FAURE, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris ; LALANDE, Membre de l'Institut, Professeur à la Sorbonne ; LALO, Professeur à la Sorbonne, Président de la Société de Psychologie ; LAPICQUE, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne ; LARGUIER DES BANCELS, Professeur à l'Université de Lausanne ; LÉVY-BRÜHL, Membre de l'Institut, Professeur honoraire à la Sorbonne ; MAYER, Professeur au Collège de France ; MIGNOT, Président de la Société Médico-Psychologique ; MEYERSON, Secrétaire général de la Société de Psychologie ; NAGEOTTE, Professeur au Collège de France ; PARODI, Inspecteur général de l'Université ; PIAGET, Professeur à l'Université de Genève ; RAGEOT, Président de la Société des Gens de Lettres ; REVAULT D'ALLONNES, ancien Chef de Laboratoire à la Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris ; ROUSTAN, Inspecteur général de l'Université ; SEILLIÈRE (Baron), Membre de l'Institut ; SÉGLAS, Médecin honoraire à la Salpêtrière ; WALLON, Professeur à la Sorbonne.

N. B. — Les souscriptions doivent être adressées à M. LISBONNE, Librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 6^e.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nomination.

M. le Dr MARTIMOR est nommé Médecin-Chef à l'Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Postes vacants.

Est déclaré vacant :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Braqueville, à Toulouse (Haute-Garonne).

INFIRMERIE SPÉCIALE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE

Nomination.

M. le Dr B.-J. LOGRE est nommé Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1934.

PRIX BAILLARGER. — 2.500 francs

Un seul mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à ce mémoire, qui a pour titre : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* et pour auteur le D^r LACAN, de Paris.

PRIX DAUDET. — 2.500 francs

Question : *Procédés modernes de traitement de la paralysie générale.*

Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour devise : *Mentem sanari, corpus ut cœgrum et flecti medicina posse videmus* et pour auteur Mlle BUIS-SON, chef de laboratoire à l'Asile de Villejuif.

PRIX HERPIN (de Genève). — 3.000 francs

Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie attribue le prix au mémoire qui a pour titre : *Les tumeurs du 4^e ventricule*, et pour auteur le D^r Jean LEREBoullet, de Paris.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Projet d'une Société Internationale de Prophylaxie criminelle.

La *Société de Prophylaxie criminelle* s'est réunie au Ministère de la Justice sous la présidence de M. Georges PERNOT, *Garde des Sceaux*, pour envisager la création d'un organisme international de Prophylaxie criminelle.

Après l'ouverture de la séance, par M. Justin GODART, *Ancien Ministre et Président d'Honneur*, le D^r TOULOUSE, *Président*, exposa le programme à réaliser : le crime est un phénomène social, c'est un fait humain dont l'étude dépasse le cadre juridique où il a été enfermé pendant des siècles : anthropologistes, psychiatres, biotypologistes ont entrepris un peu partout de déterminer dans quelle mesure l'homme criminel subissait la tyrannie de son organisme. Il y a donc lieu de fonder une Fédération internationale, où tous, parlementaires, magistrats, juristes, médecins, seront unis pour résoudre l'énigme du crime.

Après avoir salué M. Justin Godart, le D^r Toulouse et les délégués étrangers, M. Georges PERNOT apporta les encouragements du Garde des Sceaux à l'Œuvre entreprise, soulignant que le véritable but à atteindre doit être : Prévenir plutôt que réprimer. La prévention a donné dans d'autres domai-

nes des résultats appréciables ; contre le crime, elle est beaucoup plus difficile, plus délicate, et nécessite beaucoup de courage, de perspicacité, de la hardiesse et toute la prudence indispensable.

Dans une vibrante allocution, le Professeur DI TULLIO apporta le concours du Ministère de la Justice d'Italie et de la Société italienne d'Anthropologie et de Psychologie criminelles à l'organisation d'une *Société internationale de Prophylaxie criminelle*. Le Professeur L. RIBEIRO esquissa un plan de l'étude biologique de l'homme criminel d'après l'expérience du Laboratoire d'Anthropologie criminelle, créé l'an dernier à Rio-de-Janeiro. Le Dr VERVAECK, Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, représentant le Ministère de la Justice de Belgique, apporta l'expérience de plusieurs années du système belge de défense sociale. Le Professeur WEYGANDT (Allemagne) dit quelques mots de la castration considérée comme moyen de prophylaxie criminelle.

Sur la proposition de M. Justin GODART, *Président d'honneur*, le principe de la création d'une *Société internationale de Prophylaxie criminelle* fut adopté à l'unanimité des membres présents.

ASSISTANCE

Organisation des Services de Psychiatrie du Gouvernement général de l'Algérie (*Direction de la Santé Publique*).

I. INSTRUCTION SUR LE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN ALGÉRIE. — II. INSTRUCTION SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE PSYCHIATRIE DE PREMIÈRE LIGNE. — III. ARRÊTÉ DU 14 MARS 1933 SUR LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN ALGÉRIE. — IV. ARRÊTÉ DU 16 AOÛT 1934 SUR LA NOMINATION ET LES ATTRIBUTIONS DU CONSEILLER SANITAIRE TECHNIQUE DE LA PSYCHIATRIE. — V. COMPOSITION DE LA COMMISSION CONSULTATIVE D'ASSISTANCE MENTALE.

I. — INSTRUCTION D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN ALGÉRIE

(10 août 1934)

Le programme d'assistance psychiatrique dont j'ai tracé les grandes lignes dans mon discours d'ouverture à la session des Délégations Financières d'octobre 1932 est actuellement très avancé ; certains des services prévus fonctionnent déjà et les autres sont en cours d'achèvement. Dans ces conditions, il m'a paru utile de rappeler les conditions du fonctionnement, les directives sur lesquelles repose le système et les modifications que l'expérience déjà acquise a fait adopter.

MM. les Préfets et les Directeurs des Travaux Publics et de la Santé Publique devront s'en inspirer, chacun en ce qui le concerne, pour éviter les erreurs, les omissions ou les retards dont aurait à souffrir toute l'organisation.

I. Direction et contrôle technique

Direction. — Les services d'assistance psychiatrique font partie de l'assistance publique ; ils sont placés sous l'autorité des Préfets dans les départements et sous le contrôle permanent du Directeur de la Santé Publique, délégué du Gouverneur général.

Contrôle technique. — Le fonctionnement technique est sous le contrôle permanent de médecins psychiatres spécialisés qui sont :

A l'échelon du Gouvernement Général, le Professeur de Clinique Psychiatrique à la Faculté de Médecine, Conseiller sanitaire technique ;

A l'échelon du département, le Médecin chef du Service de Psychiatrie de première ligne à l'hôpital du chef-lieu.

Commission consultative technique. — Une Commission consultative de médecine mentale est chargée de l'étude de toutes les questions d'organisation et de fonctionnement relative aux services de psychiatrie.

Elle a pour Président le Directeur de la Santé Publique, pour Vice-Président le Professeur de Clinique psychiatrique, Conseiller sanitaire technique, et elle comprend tous les chefs de service psychiatrique, les inspecteurs départementaux d'hygiène, des fonctionnaires administratifs et un représentant du Procureur général.

II. Personnel médical et infirmier

Personnel médical. — A cause du caractère spécial de la médecine mentale et des décisions si délicates qu'implique sa pratique journalière, tous les services de psychiatrie réellement bien organisés doivent être en dehors du roulement des services de médecine générale et il importe qu'ils soient assurés par des médecins psychiatres nettement spécialisés et se consacrant exclusivement à la médecine mentale.

Pour la première formation les médecins de l'hôpital de Blida et des services de première ligne à Oran et à Constantine seront recrutés parmi les médecins du cadre des asiles de France. Mais dans un avenir prochain la création d'un enseignement de médecine psychiatrique à Alger permettra vraisemblablement de former sur place des médecins psychiatres ; de même la présence de services de première ligne à Constantine et à Oran permettra aux médecins des hôpitaux de ces villes qui en auraient le désir de se spécialiser et de poser leur candidature à ces services sous la réserve de posséder l'initiation nécessaire et de s'engager à ne pas les quitter pendant au moins 5 ans.

Personnel infirmier. — En ce qui concerne le personnel infirmier, l'expérience a montré la nécessité de procéder à des sélections sévères que le recrutement dans les établissements de la métropole ne permettrait guère. Actuellement les candidatures offertes par les infirmières diplômées d'Etat des services hospitaliers ordinaires et des Sociétés de Croix Rouge paraissent suffisantes pour permettre de constituer un bon cadre de surveillantes et d'auxiliaires.

Un stage minimum d'un an devra être exigé pour toute titularisation dans les services de psychiatrie ; le Professeur de clinique psychiatrique, Conseiller sanitaire technique, vérifiera avec soin, dans le cours de ses inspections, la valeur technique de ce personnel.

III. Répartition générale des services psychiatriques

Assistance hospitalière. — Le principe doit être nettement maintenu de l'assistance psychiatrique en deux échelons :

Des services psychiatriques de première ligne dans les hôpitaux principaux des chefs-lieux de département, services ouverts pour les psychoses aiguës et les cas en observation ;

Un hôpital psychiatrique spécialisé, établissement fermé recevant, dans les conditions prévues par la loi de 1838, tous les malades aliénés justiciables de l'internement (aliénés dangereux, aliénés chroniques ou accès de longue durée).

Cette distinction est d'une importance capitale et doit être exactement maintenue ; elle permet dans les services de première ligne une application étendue des progrès scientifiques et thérapeutiques dont la médecine mentale a si largement bénéficié pendant ces dernières années.

Aliénés tranquilles. — Les aliénés tranquilles sont surtout constitués par des vieillards et des débiles, soit gâteux ayant surtout besoin de mesures de propreté, soit turbulents ayant besoin d'être calmés.

Lorsque l'hôpital de Blida aura suffisamment de places pour les autres catégories d'aliénés, des quartiers spéciaux pour aliénés tranquilles pourront être prévus. Mais jusqu'à ce moment ces malades sont à maintenir dans les hospices sous les conditions d'isolement et de surveillance qui conviennent.

Enfants anormaux. — Sur la proposition d'une Commission d'études qui a fonctionné l'année dernière avec des représentants de l'enseignement, de la Santé publique et de l'administration, les enfants anormaux ont été divisés en deux catégories :

Les enfants simplement attardés dont l'état pathologique ne nécessite pas la surveillance permanente du médecin et qui, avec des cours spéciaux et des méthodes pédagogiques spéciales, peuvent acquérir les connaissances leur permettant de gagner leur vie et tenir une place dans la société ; cette catégorie relève du service de l'enseignement auquel il appartient de prévoir les écoles spéciales qui lui conviennent ;

Les enfants anormaux chez lesquels la tare pathologique domine (idiots, imbeciles, débiles, vicieux, instables, épileptiques) et dont le champ de récupération est bien limité ; cette catégorie doit être sous la surveillance constante du médecin et il appartient au service médical de la grouper en divers établissements où seront appliquées, avec un personnel spécialisé, les méthodes particulières d'éducation qui sont en usage.

IV. Services hospitaliers psychiatriques de première ligne

Ces services sont organisés dans les hôpitaux coloniaux des chefs-lieux des trois départements :

Alger : 35 lits ordinaires et 16 cellules.

Constantine : 50 lits ordinaires et 12 cellules.

Oran : 55 lits ordinaires et 36 cellules.

Ce sont des services ouverts de traitement et de triage pour malades aigus et en observation, confiés à des médecins psychiatres recrutés par voie de concours sur épreuves ou sur titres.

Ils ne sont pas soumis à la tutelle administrative et judiciaire prévue par la loi de 1838 mais des précautions y sont prises pour certains problèmes de sécurité publique et de protection des biens. Il importe donc que, tout en facilitant la rapidité des premiers soins et la souplesse du régime on y laisse aux malades le bénéfice de la loi qui les protège.

Dans cet esprit, il a été préparé, sous forme d'instruction spéciale, un règlement propre à ces services de façon à faire face à toutes les obligations qui pourraient se rencontrer dans le domaine de l'Assistance comme sur le terrain légal.

V. Fonctionnement de l'hôpital psychiatrique de Blida

Cet établissement fonctionne avec les deux pavillons qui ont été ouverts en juillet 1933 et dispose, provisoirement, de 200 lits. Il est sous le régime de la loi de 1838 et son service technique est assuré par un médecin psychiatre des Asiles de France.

Marche des travaux. — Tout le reste des constructions est en cours et les travaux de maçonnerie sont déjà très avancés. Il importe que les autres travaux (menuiserie, serrurerie, éclairage, chauffage, etc.), soient poussés très activement de façon à permettre la mise en service de 300 lits nouveaux à la fin de l'année et du reste dans le cours de 1935.

Commandes de matériel. — Pour la même raison, dès à présent, les commandes de matériel devront être préparées afin que l'équipement de l'établissement ne subisse pas de retard et que les nouveaux locaux, entièrement pourvus de leur matériel, puissent être mis en service dès leur achèvement.

Personnel infirmier. — En ce qui concerne le personnel infirmier, son recrutement sera assuré par le Directeur de l'hôpital, d'accord avec le médecin en chef. Une préférence sera donnée aux infirmières pourvues des diplômes d'Etat et de Croix Rouge. Dans tous les cas, il sera prévu une période d'essai de quelques mois avant tout engagement définitif pour s'assurer que les candidats ont bien les aptitudes qui conviennent pour ce service spécial.

Services spéciaux. — L'infirmerie doit comporter un petit service de chirurgie d'urgence qui sera confié à un chirurgien de la ville de Blida, nommé au concours sur épreuves ou sur titres.

Un service suffisamment isolé d'une vingtaine de lits sera réservé aux aliénés atteints de tuberculose et un quartier spécial sera prévu pour les épileptiques à forme mentale.

Les deux pavillons présentement en service sont destinés, dans le plan définitif, au quartier des enfants ; jusqu'à nouvel ordre ils conserveront leur affectation actuelle pour malades adultes mais il sera réservé dans les nouveaux bâtiments quelques locaux où seront groupés les enfants anormaux à interner (50 places).

Pharmacie. — Le service de la pharmacie sera confié à un pharmacien de la ville de Blida, nommé après concours sur titres ; un manipulateur, choisi dans le personnel de la pharmacie centrale d'approvisionnement d'Alger, sera chargé, sous ses ordres, de l'exécution du service courant.

VI. Aliénés tranquilles

Le projet primitif avait été, pour éviter l'encombrement de l'hôpital de Blida, de grouper les aliénés tranquilles en des quartiers spéciaux rattachés, dans chaque département, à certains hospices de vieillards.

L'examen attentif pratiqué par la Commission consultative de médecine mentale a montré que cette façon de procéder aboutirait à la création de véritables petits asiles, établissements fermés justiciables de la loi de 1838 et soumis à des obligations que l'organisation actuelle des hospices ne permettrait pas de remplir.

Pour le moment, il n'est pas opportun de changer ces malades de statut et de les placer sous un autre régime que celui de la loi d'assistance de 1905. Mais dans les divers hospices ils devront, autant que possible, être groupés et isolés à part de façon à ne pas troubler les autres pensionnaires.

Les malades de cette catégorie sont :

- a) Les vieillards et chroniques trop déficients ou turbulents ;
- b) Quelques chroniques envoyés en observation dans les services de première ligne et justiciables de la loi de 1905 plutôt que de celle de 1838 ;
- c) Quelques malades déjà placés à l'hôpital psychiatrique de Blida et pour lesquels le médecin-chef estime beaucoup plus opportun le régime de 1905.

Il est bien entendu que cette solution est provisoire. Dès à présent, il est mis à l'étude la possibilité d'organiser dans l'un des hôpitaux militaires qui vont être cédés à la colonie, une section spéciale où seront groupés ces malades ; elle sera rattachée au point de vue technique et administratif à l'hôpital psychiatrique de Blida.

A une dernière étape, quand l'hôpital de Blida aura acquis tout son développement et sera en état de faire face à tous les besoins, les aliénés tranquilles pourront y être définitivement transférés.

VII. Enfants anormaux

Les enfants anormaux susceptibles d'une certaine éducation seront réunis :
 les garçons à Douéra,
 les filles à St-Cyprien-des-Attafs.

Des mesures seront prises pour l'envoi en stage d'instruction dans les institutions d'enfants anormaux de la métropole, de quelques infirmières qui prendront l'engagement de se consacrer à ce service spécial dans les hôpitaux de Douéra et de St-Cyprien-des-Attafs.

Les grands anormaux dont l'internement doit être définitif seront évacués sur l'hôpital de Blida.

Alger, le 10 août 1934.

Le Gouverneur Général,
 Signé : Jules CARDE.

II. — INSTRUCTION SUR LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE PSYCHIATRIE DE 1^{re} LIGNE DANS LES HÔPITAUX D'ALGER, CONSTANTINE ET ORAN

Conformément aux propositions de la Commission consultative d'assistance mentale en date du 7 juin 1934 et à l'avis du Directeur de la Santé Publique, le fonctionnement des services de psychiatrie de première ligne dans les hôpitaux d'Alger, Constantine et Oran, sera assuré au fur et à mesure de leur ouverture, dans les conditions spécifiées par le présent règlement.

I. But et organisation générale

Article premier. — Les services de psychiatrie de première ligne sont créés

à raison d'un par département dans les hôpitaux d'Alger, Oran et Constantine.

Ils constituent des services ouverts, exclusivement réservés aux malades relevant de la psychiatrie et ont une triple fonction :

- le triage des différents cas,
- le traitement des cas aigus,
- l'étude des cas en observation.

Le service de première ligne d'Alger est, en outre, un centre d'enseignement et fonctionne comme clinique universitaire.

A chacun de ces services est adjoint un dispensaire d'hygiène mentale, organisation autonome, fonctionnant comme centre de consultation et de prophylaxie sociale.

II. Service médical

Article 2. — Le service médical du centre d'Alger est assuré par le Professeur de clinique psychiatrique, Conseiller sanitaire technique de psychiatrie, chargé à ce titre du contrôle technique des différents services de psychiatrie dans les trois départements, y compris l'hôpital psychiatrique de Blida et les services d'aliénés tranquilles et d'enfants anormaux.

Article 3. — Le service des deux autres centres est assuré par des médecins spécialistes nommés par le Gouverneur Général à la suite d'un concours spécial dont les conditions sont étudiées par la Commission consultative d'assistance mentale. Pour la première formation, ces médecins sont recrutés parmi le personnel ayant subi avec succès les épreuves du concours de médecin des Asiles de France.

Article 4. — Les médecins-chefs de service peuvent être assistés par des médecins ainsi que par des étudiants, internes et externes, agréés par l'Administration.

Dans leurs départements respectifs, ils sont chargés de la surveillance technique des divers services d'assistance mentale qui peuvent exister (enfants anormaux, aliénés tranquilles, vieillards difficiles des hospices).

III. Admission des malades

Article 5. — Ce service reçoit tous les malades atteints de troubles psychiques ou psychonévrosiques.

Pour les malades présentant des troubles légers et inoffensifs, l'admission est soumise aux règlements d'administration générale de l'hôpital et se fait dans les mêmes conditions que pour les autres services, à la demande du malade ou de sa famille.

Article 6. — Ce service reçoit aussi les malades qui, dans un autre service de l'hôpital, présenteraient accidentellement des troubles mentaux.

Ce transfert se fera par une simple mutation de salle, ordinaire, mais à la condition que le médecin du service de psychiatrie ait été appelé au préalable à donner son avis.

Article 7. — Dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'un sujet troublant manifestement l'ordre public ou menaçant la sécurité des personnes, l'admission peut se faire par voie administrative, selon la formule du placement d'office (art. 18 de la loi de 1838), sur le vu d'un dossier constitué par :

- a) Un arrêté préfectoral de placement,
- b) Un certificat médical n'ayant pas 15 jours de date,
- c) Des pièces d'identité.

Article 8. — Mais, en cas d'urgence ou de danger imminent, à la demande du malade ou de la famille ou des autorités et conformément à l'article 19 de la loi de 1838, ce service reçoit le malade sur un simple arrêté du Maire de la commune ou de l'Administrateur de la commune mixte ou sur avis du Commissaire de police des grandes villes, étant entendu que les autorités en cause en référeront immédiatement au Préfet.

Dans un délai maximum de 15 jours, le médecin du service de psychiatrie doit faire parvenir à l'Administration préfectorale son avis sur la nécessité ou non d'une procédure d'internement, ou d'une prolongation d'observation, s'il la juge nécessaire.

Article 9. — Dans toutes les circonstances prévues par la loi, le Procureur de la République aura la faculté de visiter les malades en traitement dans ce service.

IV. Sorties

Article 10. — Toute sortie doit être soumise à l'avis préalable du médecin.

Article 11. — La sortie a lieu dans les conditions ordinaires de l'hôpital général, si l'admission s'est faite librement et si le médecin estime qu'il n'y a aucun danger.

Mais il pourra toujours être exigé une décharge de la famille, si le médecin le juge utile.

Article 12. — Si même le médecin traitant estime que la sortie demandée par le malade ou sa famille est périlleuse et peut compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes, il en référera immédiatement au Préfet et il sera sursis provisoirement à la sortie jusqu'à ce qu'un ordre spécial de maintien et placement d'office intervienne.

Parcille mesure pourra être demandée à tout moment au cours de l'hospitalisation si le médecin l'estime nécessaire.

Article 13. — Si le médecin traitant estime que, pendant la période d'observation des malades placés par autorité administrative, la maladie a perdu son caractère d'acuité et de danger, il pourra signer la sortie du malade ; avis en sera transmis aux autorités.

Article 14. — Lorsqu'un malade, admis dans les conditions prévues par les art. 7 et 8 et sorti depuis moins de 15 jours, présente à nouveau des troubles rendant nécessaire son retour au service de psychiatrie, il sera réintégré sans nouvel arrêté.

Article 15. — Lorsque la maladie mentale, par sa durée ou son caractère dangereux, nécessitera l'internement, le malade sera évacué, par la procédure ordinaire, sur un établissement d'internement : hôpital psychiatrique, asile, établissement privé fermé (deuxième ligne d'assistance).

V. Régime des malades

Article 16. — D'une façon générale, en ce qui concerne les prescriptions médicales, pharmaceutiques et alimentaires, les malades du service de psychiatrie sont soumis au même régime que les autres malades de l'hôpital.

L'usage du vin est soumis à l'autorisation du médecin.

Article 17. — Les malades peuvent, avec l'assentiment du médecin, recevoir la visite du ministre du culte auquel ils appartiennent.

Article 18. — La lecture des livres et des journaux est soumise à l'agrément préalable du médecin traitant.

Article 19. — Le médecin juge de l'opportunité des visites aux malades. S'il n'y a pas contre-indication d'ordre médical, ces visites se font aux jours et heures réglementaires.

Article 20. — En dehors de ces cas, l'entrée du service est rigoureusement interdite à toute personne qui n'a pas une autorisation écrite du médecin traitant.

Article 21. — La correspondance est soumise au visa du médecin.

VI. Personnel infirmier

Article 22. — Le personnel infirmier est soumis aux obligations de service prévues par le règlement général de l'hôpital.

Article 23. — Le nombre en est déterminé par les nécessités du service, après entente entre le Directeur de l'hôpital et le Médecin-chef du service. Il sera prévu un roulement par équipes en raison de la surveillance spéciale et constante exigée par ces malades.

Article 24. — A cause des qualités particulières de tact, d'intelligence et de valeur morale que nécessite le genre de maladies traitées dans ces services, l'Administration devra tenir le plus grand compte des observations du médecin traitant, concernant les capacités et la tenue morale du personnel, et déplacer, à la demande du médecin, tout infirmier ou infirmière jugé incapable ou indigne.

Article 25. — Il est formellement interdit, sous peine de renvoi, au personnel de ces services, de faire des commissions pour les malades ou de transporter du courrier.

Alger, le 10 août 1934.

Le Gouverneur Général,
Signé : Jules CARDE.

III. — ARRÊTÉ DU 14 MARS 1933 SUR LE RECRUTEMENT DES MÉDECINS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN ALGÉRIE

Le Gouverneur Général de l'Algérie,

Vu le décret du 23 août 1898 sur le gouvernement et la haute administration de l'Algérie ;

Vu le décret du 23 décembre 1874 sur l'organisation de l'assistance hospitalière en Algérie ;

Sur l'avis de la Commission consultative d'assistance mentale,

Sur la proposition du Secrétaire général du gouvernement,

Le Conseil de gouvernement entendu,

Arrête :

Article premier. — Les médecins psychiatres de l'hôpital psychiatrique de Blida et des centres psychiatriques d'Oran et de Constantine sont recrutés par voie de concours sur titres, ouverts à Alger.

Au cas où ces concours ne donneraient aucun résultat, ces praticiens pourront être nommés directement par arrêtés du Gouverneur général.

Article 2. — La date du concours est fixée par arrêté du Gouverneur Général publié au moins un mois à l'avance.

Conditions à exiger des candidats pour être admis à prendre part au concours

Article 3. — Pour être admis à prendre part au concours, les candidats devront justifier s'ils sont médecins spécialistes des asiles de France, âgés de 35 ans au plus (cette limite pouvant être reculée d'un nombre d'années

égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires, pouvant entrer en compte dans la constitution du droit à une pension de la Caisse des retraites de l'Algérie) et qu'ils possèdent une pratique professionnelle de cinq ans au moins dans un asile public en qualité de médecin.

Article 4. — Les candidats adresseront au Gouverneur Général, sous pli recommandé, leur demande établie sur papier timbré et accompagnée des pièces suivantes :

- 1° Un acte de naissance dûment légalisé ;
 - 2° Leur diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française ou sa copie certifiée conforme ;
 - 3° Un certificat de bonnes vie et mœurs ;
 - 4° Un extrait de leur casier judiciaire.
- (Ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date) ;
- 5° La justification de leurs titres et de leurs travaux scientifiques, ainsi que de leurs services professionnels.
 - 6° Leur état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire en ce qui concerne leur service actif.

La liste des candidats sera close cinq jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours.

Aucune demande d'inscription faite après cette date ne pourra être accueillie.

Composition du jury

Article 5. — Le jury du concours est composé de la manière suivante :

Président : un Conseiller de Gouvernement.

Membres : le Professeur à la Faculté de Médecine d'Alger, Conseiller sanitaire technique de psychiatrie auprès de la Direction de la Santé Publique ; le médecin des hôpitaux, conseiller sanitaire technique de neurologie auprès de la Direction de la Santé Publique ;

deux médecins et un chirurgien des hôpitaux tirés au sort.

Opérations du tirage au sort

Article 6. — La liste complète des médecins et chirurgiens des hôpitaux pouvant faire partie du jury du concours ayant été dressée à l'avance par le Préfet, il sera procédé, vingt jours francs au moins avant l'ouverture du concours, par les soins du Président du dit jury, assisté du Directeur de l'hôpital de Mustapha et du Médecin délégué de cet établissement, au tirage au sort des examinateurs titulaires.

Aussitôt après, un deuxième tirage au sort, portant sur ceux des praticiens susvisés qui n'auraient point été désignés comme juges titulaires, sera effectué jusqu'à épuisement des noms portés sur la liste, en vue de déterminer l'ordre suivant lequel le Président du jury désignera, en cas de besoin, les suppléants des examinateurs titulaires absents ou empêchés, les chirurgiens et les médecins défaillants étant respectivement remplacés par des chirurgiens et par des médecins de manière à conserver rigoureusement au jury sa composition initiale.

Immédiatement après le tirage au sort, les membres du jury sont individuellement informés, par lettre, de leur désignation et de la composition du jury, dans l'ordre où les noms sont sortis de l'urne.

Les membres du jury doivent, avant l'ouverture du concours, faire connaître s'ils acceptent ou non de faire partie du jury.

La composition du jury ainsi fixée est alors sanctionnée par un arrêté du Gouverneur Général, sur la présentation du Préfet du département d'Alger, pour les médecins et chirurgiens des hôpitaux, examinateurs et suppléants désignés par le sort.

A ce moment, chaque candidat peut demander au Préfet d'Alger pour les médecins ou chirurgiens, au Doyen de la Faculté de Médecine pour les professeurs, de lui faire connaître la composition du jury qui a cessé d'être secrète.

Le Président du jury est désigné directement par le Gouverneur Général. Il assure l'exécution du présent règlement et fait dresser le procès-verbal des opérations qu'il soumet ensuite au Gouverneur général. Il n'a pas voix délibérative dans l'appréciation des épreuves.

Article 7. — Le Secrétaire général du Gouvernement est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal Officiel de l'Algérie*.

Fait à Alger, le 14 mars 1933.

Signé : Jules CARDE.

IV. — ARRÊTÉ DU 16 AOÛT 1934 FIXANT LES ATTRIBUTIONS
DU PROFESSEUR DE CLINIQUE PSYCHIATRIQUE CHARGÉ DES FONCTIONS
DE CONSEILLER SANITAIRE TECHNIQUE POUR LA PSYCHIATRIE

Le Gouverneur Général de l'Algérie,

Vu le décret du 23 août 1898 sur le Gouvernement et la haute administration de l'Algérie ;

Vu le décret du 23 décembre 1874 sur l'organisation de l'assistance hospitalière en Algérie ;

Sur la proposition du Secrétaire général du Gouvernement ;

Arrête :

Article premier. — M. le Professeur POROT, professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine, conseiller sanitaire technique du Gouvernement général pour la psychiatrie, est chargé du contrôle technique permanent des services de psychiatrie relevant de la Direction de la Santé Publique du Gouvernement Général de l'Algérie. Ce contrôle s'étendra à tous les services de psychiatrie existant dans les hôpitaux de la colonie, aux services des aliénés tranquilles, aux services des enfants anormaux et à l'hôpital psychiatrique de Joinville, à Blida.

Les inspections de M. le Professeur POROT auront lieu conformément aux instructions générales données à cet égard par le Directeur de la Santé Publique.

Article 2. — M. le Professeur POROT recevra une indemnité annuelle de 6.000 francs augmentée des frais réglementaires de séjour et de transport.

Article 3. — Le Secrétaire général du Gouvernement et les Préfets d'Alger, d'Oran et de Constantine sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Alger, le 16 août 1934.

Pour le Gouverneur Général,
Le Secrétaire Général,
Signé : SOUCHIER.

V. — COMPOSITION DE LA COMMISSION CONSULTATIVE TECHNIQUE
D'ASSISTANCE MENTALE

(Arrêté du 26 septembre 1932 et Décision du 2 décembre 1932)

Directeur de la Santé Publique, *Président*.

D^r POROT, professeur de clinique psychiatrique, *Vice-président*.

Magistrat représentant le Procureur Général.

Sous-Directeur de la Santé Publique.

Inspecteur général administratif de la Santé Publique (M. MEUNIER).

Inspecteur de l'assistance médicale indigène (D^r AUCAIGNE).

Inspecteur de l'assistance publique d'Alger (D^r ANTOINE).

Inspecteur départemental d'hygiène d'Alger (D^r MASSONET).

Inspecteur départemental d'hygiène d'Oran (D^r BREGEAT).

Inspecteur départemental d'hygiène de Constantine (D^r PIQUET).

Directeur de l'hôpital de Mustapha (M. GERONIMI).

Médecin délégué du Conseil de Santé de l'hôpital de Mustapha.

Directeur de l'hôpital psychiatrique de Blida (M. ZERBINI).

Médecin en chef de l'hôpital psychiatrique de Blida (D^r VALLET).

Médecin psychiatre de l'hôpital de Constantine (D^r X...).

Médecin psychiatre de l'hôpital d'Oran (D^r LIVET).

D^r DUMOLARD, chef du service de neurologie à Mustapha.

Représentant des syndicats médicaux (D^r PICARD).

D^r PAGÈS, médecin de colonisation, *Secrétaire*.

D^r SASPORTAS, médecin de colonisation, *Secrétaire*.

M. ROBARDEY, commis de l'assistance, *Secrétaire*.

NÉCROLOGIE

René Semelaigne (1855-1934).

Avec René SEMELAIGNE disparaît une grande figure de la psychiatrie française. A ses obsèques, dont la simplicité voulue fut la digne conclusion d'une vie pleine de modestie, tout entière consacrée au bien, une nombreuse assistance, émue et recueillie, témoignait de son affliction sincère et du profond respect inspiré par la mémoire d'un Maître que jamais la critique n'effleura.

Fils d'Armand Semelaigne, qui présida en 1886 la Société Médico-psychologique, René Semelaigne est né le 12 décembre 1855, à Neuilly-sur-Seine. Son père, Armand Semelaigne, était le gendre de Casimir Pinel, lui-même fils de Louis Pinel et par conséquent neveu du grand Pinel.

Interne des Hôpitaux de Paris et de l'Hospice de la Salpêtrière, en 1883, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine en 1886, docteur en médecine en 1888, René Semelaigne n'aborda donc la psychiatrie qu'après de solides études médicales. A vrai dire, élevé dans la Maison de Santé dirigée par son père, dans un milieu familial de psychiatres éminents, il poursuivit à la fois ses études médicales et son éducation psychiatrique. Au mois de novembre 1898, lorsqu'il succéda à son père comme médecin-directeur de la Maison de Santé Saint-James, René Semelaigne héritait, avec cette importante fonction, des traditions familiales dont il

devait faire la règle de sa vie. Depuis 1844, en effet, Casimir Pinel avait transporté à Neuilly, dans cette splendide demeure historique, la Maison de Santé fondée par lui à Paris, 76, rue de Chaillot, en 1829 : selon Guardia, c'était « un esprit cultivé et distingué, ouvert aux belles idées et aux belles choses. Il se plaisait dans la compagnie des honnêtes gens. Il savait les attirer chez lui et, ce qui est moins commun, il savait les retenir. »

Consacrée à la Maison de Santé privée qu'il dirigea jusqu'en 1921, date à laquelle une nouvelle affectation des lieux fut cause de la disparition de l'Etablissement, l'activité professionnelle de René Semelaigne était entourée de l'estime et du respect de tous. Aux yeux des médecins comme aux yeux des familles, son nom représentait, à bon droit, la plus sûre des garanties.

Son œuvre psychiatrique est considérable et diverse, mais les tendances de son esprit, sa vaste érudition, le milieu dans lequel il avait vécu, l'ont incliné d'emblée à consacrer la plus grande partie de ses efforts à l'histoire de la psychiatrie française. A côté de travaux, tels que ceux sur *le restreint et le non restreint* (1890), sur *la législation des aliénés dans les Iles Britanniques* (1892), les *études médico-légales de Clark-Bell* (1893), *la cause du Libro del Comando (cas de folie à cinq)* (1893), les *variétés cliniques du Délire de persécution* (1894), *l'automatisme ambulatoire* (1894), *la chirurgie cérébrale dans les aliénations mentales* (1895), *l'homocide au point de vue de l'anthropologie criminelle* (1896), *un paralytique général halluciné* (1903), *la physionomie des aliénés* (1930), René Semelaigne a publié de nombreux articles, tant dans le *Journal of Mental Science* auquel, de 1895 à 1914, il collabora régulièrement sous forme d'une revue de la psychiatrie française, que dans les *Annales Médico-psychologiques*. A cette revue, qu'il aimait tout particulièrement, il collabora sous toutes les formes, apportant au Comité de Rédaction un précieux concours : c'est elle qui, dans son numéro de juillet 1934, publia son dernier travail.

Mais surtout, et depuis sa thèse de doctorat consacrée à *Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la Médecine mentale* (1888), René Semelaigne a accompli une œuvre remarquable d'historien et de critique. Les ouvrages intitulés *Le Centenaire de la Retraite d'York* (1892), *Les Grands aliénistes français* (1894), *Une Maison de Santé sous la Monarchie de Juillet* (1911), *Aliénistes et Philanthropes, Les Pinel et les Tuke* (1912), *Bayle et les Travaux de Charenton* (1922), *Eloge de Delasiauve* (1925), *Eloge de Ball* (1926), *Les précurseurs de Pinel* (1926), *Anniversaire de la mort de Pinel* (1926), *Les Pionniers de la Psychiatrie française* (2 volumes, 1930 et 1932), les articles consacrés à *Arnaud* (1927) et à *Henri Colin* (1931) jalonnent une œuvre continue qui embrasse toute l'histoire de la psychiatrie française.

Récemment encore, sous le nom de *Souvenirs d'un passé récent*, il a publié dans les *Annales Médico-psychologiques*, en 1932 et en 1934, des notes qui sont de véritables appendices aux deux volumes consacrés aux *Pionniers de la Psychiatrie française*. C'est « aux Jeunes », dont il aimait à encourager et à soutenir les efforts, que René Semelaigne a dédié ces deux volumes, leur souhaitant de savoir unir l'effort de l'heure présente et l'espoir des jours futurs, au culte du passé. Ecrites en une langue élégante et pure, ces monographies sont remarquables de vie, de clarté, d'exactitude, de précision, de documentation et d'impartialité. Evocatrices, tantôt d'une époque, tantôt d'un caractère, tantôt d'une lutte courtoise d'idées, elles abondent en souvenirs personnels, en traits originaux, en détails pittoresques. L'ensemble de

cette œuvre remarquable représente un effort considérable et fait de son auteur l'historien incontesté de la psychiatrie française.

Jamais il ne rechercha les honneurs. Seuls vinrent à lui ceux que l'on ne demande pas. Alors qu'il s'en défendait, ils lui vinrent le plus souvent à la fois parce que ses collègues désiraient honorer une belle carrière et parce qu'il était de ceux qui honorent les postes auxquels ils sont appelés.

Membre de nombreuses Sociétés étrangères, parmi lesquelles la Royal Medico-psychological Association, la Royal Society of Medicine of London, l'American psychiatric Association, etc., il fut président de toutes les Sociétés psychiatriques françaises. Ses collègues l'appelèrent successivement à présider : en 1913, la Société Médico-psychologique ; en 1920, la Société Clinique de Médecine Mentale ; en 1924, la Société de Psychiatrie de Paris ; en 1926, le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Il fut encore, et jusqu'à sa mort, président de l'Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France et président de l'Œuvre de patronage et asile, fondée par Falret pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles publics du département de la Seine.

A ces œuvres professionnelles, il songea jusqu'à ses derniers moments. Pendant les dernières semaines de son existence, au cours de conversations, dont la sérénité ranimait en nous des espoirs insensés, il me parlait à chacune de mes visites de nos Sociétés, de nos Congrès et de l'avenir de l'Association Mutuelle et du Patronage des aliénés convalescents.

Comme sa vie, sa mort fut un exemple. Dans la petite maison d'Auteuil où il s'était retiré en 1921 et où il mourut, au milieu des siens, le 16 novembre 1934, il pouvait dire à ceux qui l'entouraient en retenant leurs larmes, que seul, il était exempt de tristesse.

La distinction de son esprit, l'étendue de sa culture, la droiture de son jugement, la netteté de sa conscience, la sincérité de sa foi religieuse, son patriotisme éclairé prêt aux plus chers sacrifices, la tolérance et l'indulgence de son amitié, l'égalité de son humeur, sa bonté agissante, la dignité de sa vie laisseront éternellement à ceux qui l'ont approché l'image bien-faisante et le douloureux regret d'une âme d'élite.

Avec le culte d'un passé qu'il sauva de l'oubli, René SEMELAINNE laisse à notre affection en deuil le noble exemple de sa vie.

René CHARPENTIER.



Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1934

MÉMOIRES ORIGINAUX

DIDE et BARRÈRE. -- L'instinct et les psychopathies (Essai de psychopathogénèse).	1
Georges GENIL-PERRIN et Madeleine LEBREUIL. — Un paranoïaque au bain.....	16
H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Un cas de tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves.....	26
M. DESRUELLES. — Les classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain.....	41

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 14 juin 1934

H. PICHARD, R.-A. CASAUBON et Mlle GABRIELLI.
— Action du chlorure de calcium associé à l'hyposulfite de magnésium dans divers syndromes neuro-psychiatriques 59

MARESCHAL et BELEY. — Syndrome hallucinatoire aigu à prédominance auditive chez un aveugle alcoolique 64
P. COURBON. — Refus par un mari de recevoir au foyer son épouse guérie d'une psychose 67

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : **D^r Gaston MAILLARD**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : **D^r CHARLES GRIMBERT**

INSTALLATION

DE

premier ordre

NOTICE

SUR DEMANDE



2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

**MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES**

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

P. COSSA. — De quelques psychoses toxico-infectieuses d'origine intestinale	73
H. PICHARD et A.-F. LIBER. — Parkinsonisme fruste traumatique	80

Séance du lundi 25 juin 1934

Adoption du procès-verbal	86
Correspondance	86
La « Constitution Dupré »	87
Election de 3 membres correspondants nationaux	88
L. MARCHAND et A. COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique.....	88

CROZET, DESCHAMPS et Th. SIMON. — Les à-côtés du niveau mental	89
G. DEMAY. — Faut-il interdire aux asiles ruraux d'hospitaliser les paralytiques généraux impaludés ?	94
DESUELLES, P. LÉCULIER, Mme GARDIEN-JOURDHEUIL et P. GARDIEN. — A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine	100
H. EY. — Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille	101

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 7 juin 1934

J. NICOLESCO et T. HORNET. — Contribution à l'étude de la pathologie vasculaire de la coupe optique. A propos de l'irrigation sanguine du relais thalamique du système de la sensibilité de la face. Disposition vasculaire au
--

niveau du noyau semi-lunaire de Flechsig et du centre médian de Luys.....	111
P. COSSA. — Sciatique de double origine : éclat d'obus de la fesse et tumeur extradurale de la queue de cheval.....	111
NISSL VON MAYENDORFF. — Considérations sur la théorie du neurone.....	112
H. ROGER, M. ARNAUD et J. ALLIEZ. — Compres-	

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -- 8, Avenue du 11 Novembre -- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : **D^r BUSSARD**
MÉDECIN ASSISTANT : **D^r Paul CARRETTE**

❖
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
❖



Psycho-
névroses
❖
Intoxica-
tions
❖
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

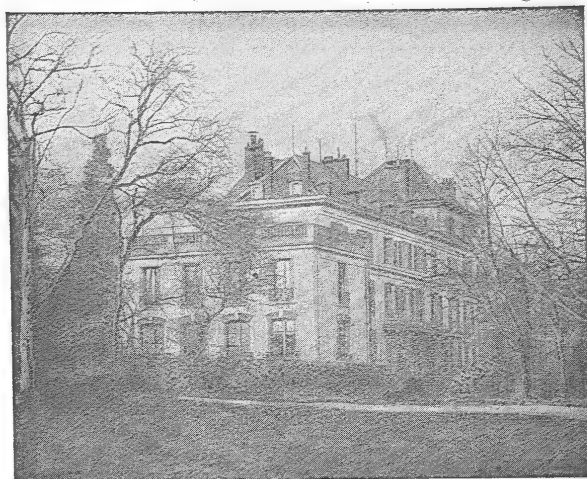
CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. ✱ ✱ ✱ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

sion dorso-lombaire par télangiectasie veineuse piémérienne. Curiothérapie.....	112
J. FROMENT et A. FEYEU. — Aphasie motrice pure, simili-anarthric, rééduquée sans redres- sement aucun des coordinations articulaires, par simple sommation de la mémoire des sons	112
J. FROMENT, R. LERICHE et R. FROMENT. — Dis- sociation corticale des mouvements du pied, par méningiome de la faux du cerveau. Abo- lition de la motilité volontaire avec conserva- tion du jeu de toutes les motilités réflexes et automatiques	112
H. ROGER, Y. POURSIÈRES et M. RECORDIER. — Polynévrite après sérothérapie antitétanique curative avec participation du névraxe et	

des méninges. (Observation anatomo-clini- que)	113
MISKOLECS. — Syncinésies symétriques dans la stupeur	113
BOISSEAU. — Le signe de Babinski dans l'insuf- fisance cardiaque	113
V. NERI. — Les modifications du rythme respi- ratoire au cours des interventions neuro-chi- rurgicales	113
URECHIA et VELUDA. — Neuromyéélite optique aiguë avec contrôle anatomique	113

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 17 mai 1934

M. MAUSS. — Les techniques du corps	114
---	-----

RÉUNIONS ET CONGRÈS

**XIX^e Congrès International de Médecine
légale et de Médecine sociale
de Langue française. (Lille, 27-30
mai 1934).**

HEGER-GILBERT et DE LAET. — Les séquelles dou-

loureuses des traumatismes et leur indemni- sation	115
RAVIART et VULLIEN. — L'expertise mentale contradictoire en matière criminelle	118
H. PAUCOT. — L'orientation de l'eugénique mo- derne	123

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

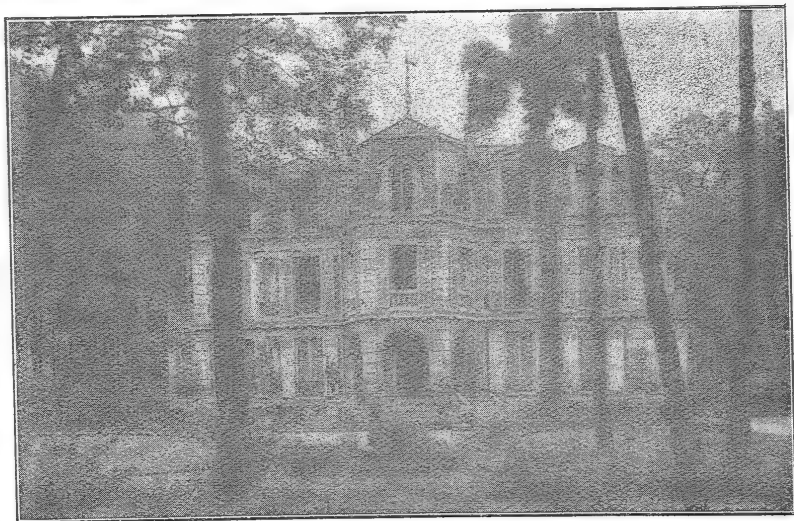
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

- G. VERMEYLEN et P. VERVAECK. — Homicide commis par un paralytique général malarisé. 123
- LE GUILLANT. — L'inscription sur la liste des médecins experts près les tribunaux des médecins des asiles ayant moins de cinq ans d'exercice professionnel 123

Congrès Hollando-Belge de Psychiatrie et de Neurologie

(Amsterdam, 19-21 mai 1934)

I. RAPPORT DE NEUROLOGIE

- P. VAN GEHUCHTEN. — Les neuro-anémies... 124

II. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

- K.-H. BOUMAN. — Le syndrome schizophrénique considéré comme régression génétique.... 126

COMMUNICATIONS DIVERSES

- H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Méningo-encéphalite saturnine 129
- G.-G.-J. RADEMAKER. — Le mécanisme de quelques réactions cérébrales optiques 129
- CHRISTOPHE et MOREAU. — Ataxie pariétale consécutive à un traumatisme 130
- J. DE BUSSCHER. — Arachnoidite de la fosse

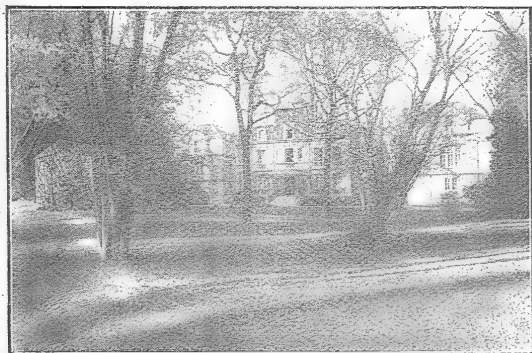
- postérieure avec blocage complet du canal rachidien 130
- A. LÉROY. — Chorée de Huntington sans mouvements choréiques 130
- R. LE COULTRE. — Chorée de Huntington sans mouvements choréiques 131
- P. DIVRY et EVRARD. — Recherches sur certaines substances antagonistes de la bulbocapnine 131
- H. DE JONG. — Catatonie biologique expérimentale 131
- R. NYSSSEN et R. DELLAERT. — Contribution expérimentale à l'étude des caractères cliniques du tremblement parkinsonien 131
- H. CALLEWAERT. — Graphologie et mécanisme physiologique de l'écriture..... 132
- P. DIVRY et M. MOREAU. — Maladie d'Alzheimer 132
- H.-C. JELGERSMA. — Travail et tendances destructrices 132
- H. VAN DER HOEVEN. — La psychiatrie et le criminel 132
- G. VERMEYLEN. — Le syndrome schizophrénique aigu 133
- H.-G. VAN DER WAAIS. — Analyse d'un cas de surdi-mutité apparente 133

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

LE VESINET

46, Bd Carnot Tél. Régional 755 et 850



**TRAITEMENT des affections
du Système nerveux
des intoxications et des mala-
dies de la nutrition**

Repos - Convalescences - Régimes
ÉLECTROTHÉRAPIE - HYDROTHÉRAPIE

Dans banlieue agréable, paisible
et saine

Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri
de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec
S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
Excellente cuisine bourgeoise et de régimes.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

Médecin-Directeur : **Dr P. ALLAMAGNY**,
avec la collaboration du **Dr VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
et d'un médecin assistant

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

- M. KLIPPEL. — Le Népenthicisme 134
R. MASSIÈRE. — Les encéphalopathies de la diphtérie 135
R. ALBERCA LLORENTE. — Sur l'encéphalomyélite post-typhique. Contribution à l'étude des encéphalomyélites parainfectieuses..... 135
L. ZADOC-KAHN et A. GLUCK. — Méningite grip-pale suivie de diabète, guérison 135
A. FERRARO. — Encéphalomyéopathie toxique expérimentale. Sclérose diffuse consécutive aux injections sous-cutanées de cyanure de potas-sium 135
P. BORREMANS et L. VAN BOGAERT. — Les manifes-tations extra-pyramidales de la tripanoso-miase chez l'Européen 136
V.-A. CHARKER. — Manifestations cliniques du côté du système nerveux dans la brucellose chez l'homme 136
BORREMANS et L. VAN BOGAERT. — Méningoencé-phalite diffuse évoluant chez une malade

- atteinte de tumeur cérébrale. Origine endocar-dique du syndrome infectieux..... 136
R. FLAMENT. — Les syndromes neuro-anémi-ques 137
J. DE BUSSCHER. — Remarques additionnelles au sujet des aspects neurologiques de l'anémie pernicieuse 137
AUSTREGESILLO FILHO. — Encéphalopathies infan-tiles 138
SCHACHTER. — Contribution à l'étude clinique des neuropathies infantiles 138
S. MESSING. — La maladie de Hallevorden-Spatz 138
MARINESCO. — Sur un cas d'idiotie amaurotique du type Vogt-Spielmeyer et ses relations avec la maladie de Nieman Pick 139
Ch. COHEN et L. VAN BOGAERT. — Remarques cliniques sur un cas d'idiotie amaurotique du type infantile avec lésions oculaires atypi-ques 139
A.-M. LEY. — La sclérose tubéreuse des circon-volutions cérébrales (maladie de Bourne-ville) 139

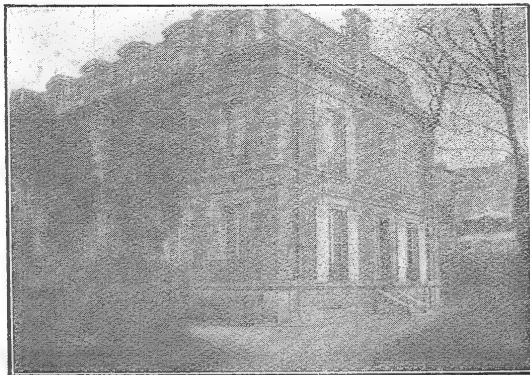
(Suite du sommaire page X).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Doc-teur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médi-cale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des G^{des} Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉÂTRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

TARTAKOWSKY, Dir. Général

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

A. LEY. — Sclérose tubéreuse de Bourneville sans troubles mentaux avec hérédité similaire dans la descendance.....	140
DIVRY et EVRARD. — Un cas de sclérose tubéreuse	140
F.-S. VAN BOUDWILJK BASTIAANSE. — Recherches cliniques et histologiques sur une forme familiale de sclérose tubéreuse	140
BORREMANS, DYKMANSS et VAN BOGAERT. — Etudes cliniques, généalogiques et histopathologiques sur les formes familiales de la sclérose tubéreuse	141
G. PINTUS. — Aspect et comportement de la motilité des frenasthéniques « biopathiques »	141
E. MIRA. — Quatre cas de catastrophe post-opératoire survenue accidentellement chez des malades psychonévrotiques	141
G. STRESSLER. — Enquête statistique sur les causes et le début de la maladie chez les épileptiques, en particulier chez les jumeaux épileptiques	142
CORREA. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathologie de l'épilepsie.....	142
C. STEIN. — Les facteurs héréditaires dans l'épilepsie	143

Ph. PAGNIEZ. — Existe-t-il une épilepsie par hypoglycémie ?	143
O. LÖWENSTEIN. — De l'observation clinique-cinématographique de l'épilepsie et des principes d'une analyse expérimentale des crises comitiales	143
E.-B. TROILO. — Contribution à l'étude de l'épilepsie	144
L. RAMOND. — Une épilepsie peu banale....	144
M.-E. HOBBSKINS et R.-H. GUTHRIE. — Complications et modifications apportées par le cancer dans l'évolution de l'épilepsie	144

Psychologie.

E. RABAUD. — Le monde vivant sans hérédité	144
E. TÉCHOUEYRES. — Essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la médecine	145
K. BIRNBAUM. — Principes méthodologiques de Pathographie	145
SANTE DE SANCTIS. — Travail intellectuel....	145
PONZO. — Capacité de travail et éducatibilité	146
D. VAMPA. — Recherches psycho-statistiques sur les aptitudes et les vocations	146
A. SPAIER. — Cruauté, violence et colère...	146

(Suite du sommaire page XII).

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&O.) -- Dir. : D^r M. de CHABERT

Maison spéciale d'Éducation et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

-- Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) --

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés. La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D^r de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

Chambres seules ou appartements de une à plusieurs pièces

-- Magnifique situation au bord du Léman --

à 22 km. de Genève sur la route de Lausanne

SIX VILLAS DISSÉMINÉES DANS UN GRAND PARC



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

CURES DE REPOS. — RÉGIMES

Analyses psychologiques. — Suggestion. — Rééducation. — Psychothérapie

Divers ateliers très bien installés

Etudes et leçons particulières dans l'Établissement

SPORTS D'ÉTÉ ET SPORTS D'HIVER

TROIS TENNIS. — BAINS DU LAC

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

▲ ▲ DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION ▲ ▲

Adresse télégraphique
RIVAPRANGINS NYON

Téléphones { ADMINISTRATION NYON 442
SERVICE MÉDICAL NYON 441

(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin en Chef : Docteur O.-L. FOREL, Privat Docent à l'Université de Genève

Psychanalyse.

BORNSTAIN. — Le caractère au point de vue de la théorie psychanalytique	147
R. MARKUSZEWICZ. — Un aperçu préliminaire de la psychopathologie de l'instinct de conservation	147

R. MARKUSZEWICZ. — Premières bases d'une psychologie de l'instinct de conservation.....	147
Ch. ODIER. — Le problème de l'étiologie de la névrose à la lumière de la théorie de Freud à propos d'un cas de dysphagie.....	148
A. PAUNCZ. — Le complexe de Lear, revers du complexe d'Œdipe	148

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	149
Dîner annuel	149

Asiles publics d'aliénés :

Nécrologie	149
Nominations	149
Postes vacants	149

Réunions et Congrès :

XX ^e Congrès de médecine légale de langue française	150
Hygiène et prophylaxie :	
Une consultation médicale pré-nuptiale à Genève	150
Construction d'un pavillon pour enfants anormaux à l'asile d'Armentières.....	150

INFORMATIONS

Congrès International des Sciences anthropologiques et ethnologiques	XIV
--	-----

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII^e), chez le D^r Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

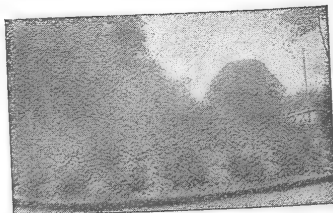
Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapie.

Directeurs : D^r Paul-Boncour, O. * et G. Albouy.



MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux

INFORMATIONS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

La première réunion du Congrès International des Sciences Anthropologiques et Ethnologiques, se tiendra à Londres, du 30 juillet au 4 août 1934, sous le haut patronage de SON ALTESSE ROYALE LE DUC D'YORK. A ce Congrès seront présentées toutes les recherches se rapportant aux races, aux peuples et aux genres de vie, c'est-à-dire toutes celles de l'étude scientifique de l'Homme.

Le Congrès a été fondé à une conférence tenue à Bâle du 20 au 22 avril 1933, où se trouvaient les représentants de neuf pays différents. Il est dirigé par un Conseil permanent dont les membres, composés d'un maximum de quatre représentants par pays, sont secondés par un ou deux secrétaires nationaux pour chaque pays. L'organisation de la réunion de Londres a été confiée à un Comité britannique.

La cotisation des *membres du Congrès* est fixée à une livre anglaise. La carte de membre donne le droit de prendre part aux discussions, de voter à toute réunion du Congrès et de recevoir les comptes rendus gratuits et les autres publications du Congrès à des prix réduits. Deux personnes au maximum, appartenant à la famille de chaque membre, auront le droit de recevoir chacune une carte de *membre associé* au prix de dix shillings anglais par carte. Les membres associés pourront assister aux séances et aux excursions, mais n'auront ni voix, ni vote et ne recevront pas les comp-

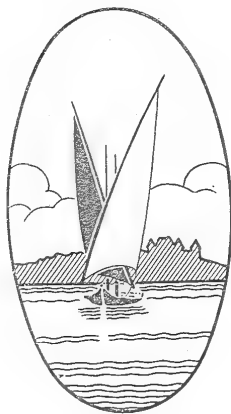
(A suivre, page d'annonces XVIII).

LA MÉTAIRIE

NYON (SUISSE)
TÉLÉPHONE N° 26

Etablissement pour le diagnostic et le traitement des affections nerveuses. Désintoxications (alcool, morphine, cocaïne, etc.). Cures de repos et d'isolement. Rééducation. Convalescences. Régimes. Douches. Méthodes de traitement strictement individualisées. Par tradition, les frais de traitement sont modérés, le prix de pension est global, et les suppléments, s'il y a lieu, sont prévus d'avance.

ENTRE GENÈVE ET LAUSANNE



Nyon

INSTITUT
MÉDICO-PSY-
CHOLOGIQUE
POUR ENFANTS
A NYON (SUISSE)

Deux divisions complètement distinctes :

I. Division clinique neuro-psychiatrique pour l'examen de tous les cas présentant des troubles dont la nature reste à préciser.

II. Division médico-pédagogique pour tous les cas justiciables d'une action pédagogique combinée au traitement médical: éducation spéciale, psychothérapie, individualisation de l'enseignement, orientation professionnelle.

D^r M. GUILLERREY, médecin en chef
Prof. - D^r O. LEWENSTEIN
D^r R. DUBY, Madame D^r CALAME

GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU MIDI DE LA FRANCE

à SAINT-DIDIER (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

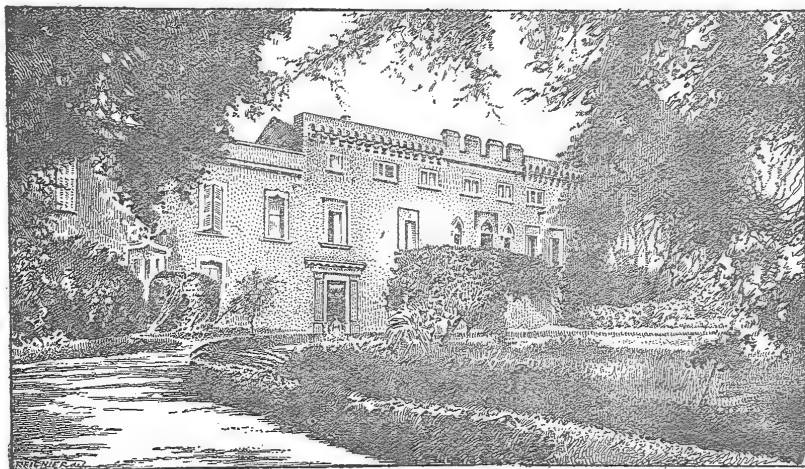
Docteur A. MASQUIN, Directeur

Tél. n° 1.

Traitement des Maladies du SYSTÈME NERVEUX
et de la Nutrition, Convalescences
CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

**CONFORT MODERNE
GRAND PARC**



**SÉJOUR D'ÉTÉ
— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-1-arsinate de sodium

**Traitement efficace pour un
pourcentage élevé des cas
même avancés**

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin

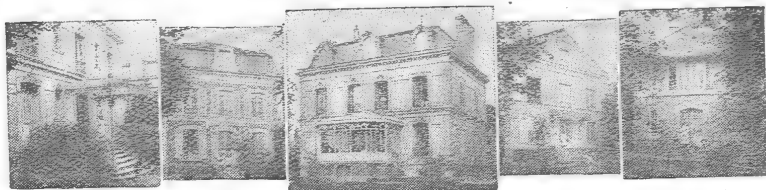
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

**Tous les avantages de la
Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté**

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à
chacun
sa
dose

le plus maniable
des hypnotiques
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C^{ie}
10 Rue Crillon - PARIS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

tes rendus. Les bulletins d'adhésion et les cotisations doivent être envoyés au Trésorier du Congrès et toute autre communication aux Secrétaires généraux du Congrès, aux soins du Royal Anthropological Institute, 52, Upper Bedford Place, Londres, W.C. 1.

BUREAU DU CONGRÈS

Président : The Earl of ONSLOW.

Président du Comité exécutif : M. Thomas A. JOYCE.

Trésorier : M. Harry G. BEASLEY.

Secrétaires généraux : Prof. John L. MYRES, Alan H. BRODRICK.

RENSEIGNEMENTS

Les réunions du Congrès auront lieu à University College, Gower Street, Londres, W.C. 1, et au Wellcome Historical Medical Museum.

Les bureaux de réception et de renseignements seront ouverts le lundi trente juillet de dix heures à dix-huit heures et ensuite tous les jours du Congrès, de neuf heures à dix-huit heures. Les membres qui auront déjà reçu leurs cartes devront se présenter à la réception dès leur arrivée afin de retirer leurs insignes, les programmes et autres publications, leurs cartes d'entrée pour les visites et les excursions. Les membres et les associés qui n'auront pas encore reçu leurs cartes devront s'inscrire de suite, payer leur cotisation à la réception, et y retirer leurs cartes.

(A suivre page d'annonces XX).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

**TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

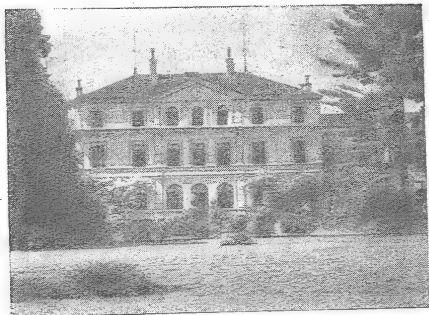
MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

== près Neuchâtel, Suisse ==

Traitement
des maladies
nerveuses
et mentales,
de l'alcoolisme,
des toxicomanies.



Installations
modernes



Psychothérapie.



Traitement
individuel.
Occasions variées
d'occupation
rationnelle
pour les
pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

== PROSPECTUS ==

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

Les réunions générales suivantes auront lieu dans la Grande Salle de l'University College :

LE LUNDI 30 JUILLET, à 15 h. — *Séance inaugurale.*

S.A.R. le Duc d'York annoncera l'ouverture du Congrès et souhaitera la bienvenue aux délégués officiels des Gouvernements, des Académies, des Universités, des Instituts et des Sociétés savantes.

Allocution du Président. Election des membres du Bureau et du Conseil.

LE MARDI 31 JUILLET, à 20 h. 30. — *Conférence commémorative de Huxley, de l'Institut Royal d'Anthropologie* et l'attribution de la médaille commémorative au conférencier SIR AUREL STEIN.

LE MERCREDI 1^{er} AOÛT, à 20 h. 30. — *Conférence sur Certains aspects du recensement des Indes en 1931*, par le professeur T. C. HOBSON, de Cambridge.

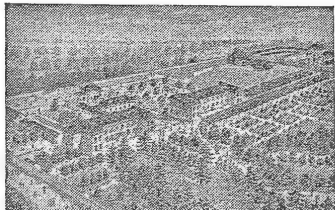
LE JEUDI 2 AOÛT, à 20 h. 30. — *Conférence sur Les mouvements et les courants dans les disciplines anthropologiques et ethnologiques*, par le Dr R. R. MARRETT, d'Oxford.

LE VENDREDI 3 AOÛT, à 20 h. 30. — *Conférence sur L'anthropologie et la biologie humaine*, par le professeur J. B. S. HALDANE, de Londres.

LE SAMEDI 4 AOÛT, à 10 h. — *Séance de clôture. Présentation du rapport du Conseil. Propositions de vœux soumises au Congrès. Vote de remerciements.*

Une exposition d'objets prêtés présentant un intérêt anthropologique ou

(A suivre page d'annonces XXII).



VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent Dr LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Éclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmières et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatismes

Allochrysine Lumière

Sel organique d'or (Voie intramusculaire)

DÉSSENSIBILISATIONS omnivalentes **NON SPÉCIFIQUES**

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE } ab ore
voie veineuse
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES (Suite)

ethnologique et tirés de collections privées aura lieu dans la Grande Salle de dix heures à dix-huit heures, pendant toute la durée du Congrès.

RÉCEPTIONS ET VISITES DE MUSÉES

La réception offerte par le Gouvernement de S.M. Britannique aura lieu le lundi, 30 juillet, à 22 heures, à Lancaster House, St. James', S.W.1. Tenue de soir et les décorations.

Collège royal de chirurgiens, Lincoln's Inn Fields, W.C.2. Le mardi 31 juillet, à 14 h. 30, il y aura une réception avec exposition de crânes indigènes décorés, têtes préparées, fétiches de crânes, crânes artificiellement déformés, mutilations de dents et crânes trépanés. La grande collection de l'ostéologie humaine sera ouverte aux membres du Congrès quotidiennement, de 10 h. à 17 h.

Les Régents du British Museum recevront les membres du Congrès le jeudi 2 août, à 15 h. 30, au Musée Britannique (Histoire naturelle), Cromwell Road, S.W.7.

Le Musée ethnographique de Cranmore. — Le trésorier du Congrès et Mme Beasley recevront les membres du Congrès dans leur propriété de Cranmore, Chislehurst, le mercredi 1^{er} août, de 14 h. 30 à 17 h. 30. Départ de la gare de Charing Cross.

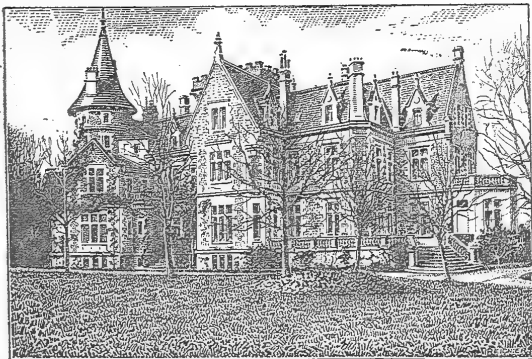
Collections particulières. — M. et Mme G. EUMORFOPOULOS recevront des délégués à 7 Chelsea Embankment, S.W.3, pour visiter leurs collections

(A suivre page d'annonces XXIV).



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DIERS

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

VILLA MARANCY

à PAU (Basses-Pyrénées)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

*pour GARÇONS NERVEUX, INSTABLES, et tous DÉFICIENTS
DÉLICATS, CONVALESCENTS, ANÉMIÉS*

Direction médicale : D^r MONESTIER, Médecin honoraire des Asiles

Cet établissement est situé à 2 kilomètres de PAU au climat toni-sédatif si réputé. Tout à fait spécial pour l'instruction, l'éducation et le traitement de tous déficients, il comprend tout confort moderne : chauffage central, électricité, hydrothérapie, etc. Grand parc de 2 hectares. Pleine exposition au Midi.

PRIX : 2 Classes { depuis 450 fr. par mois.
 { depuis 800 fr. par mois.

SECTION SPÉCIALE PARTICULIÈRE POUR DÉBILES MENTAUX

NI CONTAGIEUX, NI ALIÉNÉS

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12^e)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

d'antiquités chinoises, etc., le mardi 31 juillet et le vendredi 3 août, de 15 h. à 17 h. 30 : invitation.

M. Alexander KEILLER recevra les délégués à 4, Charles Street, W.1, pour étudier ses collections (néolithique de Grande-Bretagne ; fouilles de Windmill Hill, Wilts), quotidiennement, de 14 h. à 18 h.

Musée britannique, Great Russell Street, Bloomsbury. Ouvert tous les jours de 10 h. à 18 h.

Musée britannique (Histoire naturelle), Cromwell Road, South Kensington. Exposition spéciale : tous les jours de 10 h. à 18 h. — rez-de-chaussée à droite — les restes de *homo rhodesiensis* et du jeune homme néanderthaléen de Gibraltar.

Musée des Indes, South Kensington, S.W.7. — Ouvert de 10 h. à 18 h. (dimanche, 14 h. 30 à 18 h.). Les conservateurs sont à la disposition des intéressés : conférence-exposition mercredi-samedi à 15 h.

Musée Bryan et May des appareils pyrogènes, Fairfield Works, Bow, E.3. MM. BRYANT et MAY recevront 25 délégués au maximum à 14 h. 30, mardi 31 juillet et jeudi 2 août.

University College, Gower Street. — Ecole britannique d'Archéologie en Egypte. — L'exposition des dernières découvertes faites par Sir Flinders Petrie à Tel el Adjoul (Gaza) sera ouverte de 10 h. à 17 h. pendant la durée du Congrès. Les collections égyptiennes seront également accessibles aux membres du Congrès. S'inscrire dans la salle d'exposition.

(A suivre page d'annonces XXVI).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé
l'association **Passiflore-Cratægus** et la
seule qui ne contienne aucun toxique,
soit végétal (jusuquame, opium, etc.) soit
chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—
Confort Moderne
—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—
**MÉDECINS
SPÉCIALISTES**
résidant
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

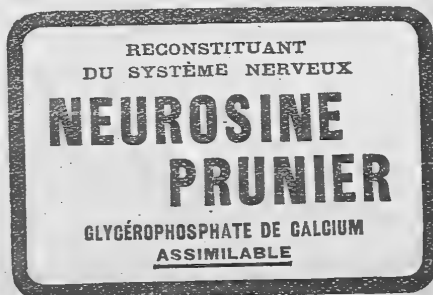
Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES (Suite)

Horniman Museum, Forest Hill. — Collections préhistoriques et ethnographiques : ouvert de 11 h. à 19 h.

SECTIONS DU CONGRÈS

D'après les statuts, les travaux du Congrès se répartiront dans les sections suivantes :

A. ANATOMIE ET ANTHROPOLOGIE PHYSIQUE. — *Président* : Le professeur G. Elliot SMITH (Londres) ; *Secrétaire* : Le D^r Matthew YOUNG (Londres).

B. PSYCHOLOGIE. — *Président* : Le professeur F. C. BARTLETT (Cambridge) ; *Secrétaire* : Eric FARMER (Londres).

C. DÉMOGRAPHIE ET PROBLÈMES DE LA POPULATION. — *Président* : Le professeur C. B. FAWCETT (Londres) ; *Secrétaire* : Le D^r Arthur GEDDES (Edimbourg).

DA. ETHNOGRAPHIE GÉNÉRALE. — *Président* : Le D^r A. C. HADDON (Cambridge) ; *Secrétaire* : R. U. SAYCE (Cambridge).

DB. ETHNOGRAPHIE DE L'AFRIQUE. — *Président* : E. W. SMITH (Londres) ; *Secrétaire* : Le D^r R. A. RATTRAY.

DC. ETHNOGRAPHIE DE L'AMÉRIQUE. — *Président* : T. A. JOYCE (Londres) ; *Secrétaire* : James Cooper CLARK (Londres).

E. TECHNOLOGIE, ARTS ET MÉTIERS. — *Président* : Henry BALFOUR (Oxford) ; *Secrétaire* : Trevor THOMAS (Liverpool).

F. SOCIOLOGIE. — *Président* : Le professeur C. G. SELIGMAN (Londres) ; *Secrétaire* : Le D^r Raymond FIRTH (Londres).

(A suivre page d'annonces XXVII).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

— — — — —
-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grénob'le

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

G. RELIGIONS. — *Président* : Le professeur E. O. JAMES (Leeds) ; *Secrétaire* : H. COOTE LAKE (Londres).

H. LINGUISTIQUE ET ECRITURE. — *Président* : Le Dr Alan H. GARDINER (Londres) ; *Secrétaire* : J. R. FIRTH.

Les sections tiendront leurs réunions tous les jours, à 9 h. 30 et à 16 h. 30, à moins que d'autres indications ne soient annoncées dans le programme.

PROGRAMME DE LA SECTION B (*Psychologie*)

I. — Les buts, les méthodes et l'évolution actuelle de la psychologie sociale. Recherches sur le terrain dans la psychologie sociale.

II. — Les méthodes employées pour l'étude des aptitudes mentales chez les peuples africains (*avec Section Db, Afrique*).

III. — Les problèmes d'ordre psychologique soulevés par le choc des peuples. Les tensions nerveuses et les réactions provoquées par des chocs de culture (*avec Section F, Sociologie*).

IV. — L'importance pour la Société des théories actuelles de la psychologie :

- 1) La technique d'examens psychologiques.
- 2) La signification sociale de la psychothérapie.
- 3) L'étude psychologique des amusements populaires.

V. — Le changement des fonctions du groupe dans la religion (*avec Section G, Religions*).

(A suivre page d'annonces XXVIII).

NEURINASE

Amorce le
sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES ET ETHNOLOGIQUES

(Suite)

VI. — La signification pour la société des tendances actuelles :

- 1) Dans la politique.
- 2) Dans l'instruction.
- 3) Dans les sciences physiques et biologiques.

VII. — La localisation des fonctions (*avec Section A, Anthropologie*).

EXCURSIONS

Après les réunions du Congrès, des excursions sont projetées pour *Oxford, Cambridge*, ainsi qu'un voyage de sept jours aux villes et aux musées de province. Départ de Londres le samedi 4 août et retour à Londres le vendredi 10 août.

BILLETS DE VOYAGE

Les voyageurs venant du continent auront tout avantage à utiliser les billets d'excursion délivrés par les bureaux de chemin de fer et par les agences de tourisme. Se renseigner au bureau de chemin de fer le plus proche, ou à Pickford's Travel Service, 206, High Holborn, Londres, W.C.1, ou à n'importe quel bureau de tourisme.

On demandera aux guichets de chemin de fer en Angleterre les billets dits « summer tickets » (billets d'été), qui sont livrés au taux réduit d'un penny par mille. On peut les commander d'avance pour tout le trajet d'un voyage même étendu.

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1934

MÉMOIRES ORIGINAUX

René SEMELAIGNE. — Nouveaux souvenirs d'un passé récent.....	151
G. HEUYER, M ^{lle} COURTHIAL, DUBLINEAU et NÉRON. — Tests de caractères en neuro-psychiatrie infantile	162
C.-I. URECHIA et N. ELEKES. — Mélancolie chez un athéromateux avec tension artérielle normale, oasis de névrologie.....	215

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 12 juillet 1934

Adoption du procès-verbal.....	221
Correspondance	221
Ordre du jour de la séance d'octobre..	222
Célébration du Centenaire de Magnan..	222
A propos du vœu de l'Académie de Médecine sur la Malariathérapie	222
LÉVY-VALENSI et J. DELAY. — Inspiration poétique morbide	223

LÉVY-VALENSI et J. DELAY. — Délire archaïque (astrologie, envoûtement..., magnétisme)	229
P. COURBON. — Guérison à 50 ans d'une astasie abasie hystérique datant de l'enfance	233
P. COURBON. — Délire mélancolique consécuteur à une émotion joyeuse.....	238
M. BRISSOT et J. DEVALLET. — La paralysie générale de l'enfant. (Essai de classifica-	

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION

DE
premier ordre

NOTICE

SUR DEMANDE



2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE: 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

tion). Forme évolutive et forme mas-	
sive	241
L. MARCHAND, R. MICOUD et J. TUSQUES. —	
Paralysie générale avec réactions humorales	
negatives	252
A. COURTOIS, MISSET et A. BELEY. — Paralysie	
générale d'évolution rapide chez un sujet	
atteint d'anévrysme aortique	257
P. GUIRAUD et J. AJURIAGUERRA. — Lésions à	
prédominance régionale réalisant un syn-	
drome d'apparence focale chez un paraly-	
tique malarisé	259
A. COURTOIS, P. PUECH et Mlle E. JACOB. —	
Syndrome tumoral, présentation démen-	
tielle. Méningite kystique opto-chiasmati-	
que (méningite séreuse) révélée par l'in-	
tervention	265
G. PETIT et A. BAUDARD. — Psychose infec-	
tieuse chronique avec stéréotypies litan-	
iques verbales et graphiques, pallialie, pali-	
graphie et tachypnée anxieuse. Parkin-	
sonisme fruste	269

G. PETIT et A. BAUDARD. — Crises conscientes	
d'épilepsie bravaiss-jacksonienne, syndro-	
mes parkinsonien et pseudo-bulbaire, so-	
mato-agnosie du membre supérieur gau-	
che et anosognosie, xantochromie du liqui-	
de céphalo-rachidien, anxiété et onirisme,	
etc.; ramollissements et hémorragies céré-	
brales successives. (<i>Présentation de pièces</i>	
<i>anatomiques</i>)	276
L. MARCHAND et R. DUPOUY. — Cachexie pro-	
gressive par lésion infundibulo-tubérienne	
(maladie de Simmonds)	281
H. PICHARD et A.-F. LIBER. — Psychasthénie	
grave avec troubles labyrinthiques chez un	
basedowien	286
MAUCLAIRE, X. ABÉLY et NODET. — Syndrome	
des sclérotiques bleues chez une alié-	
née	289
X. et P. ABÉLY et NODET. — Excitation psy-	
chique et hyperhypophyse	291
X. et P. ABÉLY et COULÉON. — Psychose ma-	
niaque dépressive et hyperplasie hypo-	
physaire	293

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 5 juillet 1934

L. BABONNEIX et ROUËCHE. — Maladie de Frie-	
dreich et hérédo-syphilis	295

FRIBOURG-BLANC, LASSALE et GERMAIN. — Deux	
observations de pneumatocèles intra-cra-	
niennes	295
N. PÉRON, LEREBOLLET et LAUNAY. — Hémis-	
trementement parkinsonien au cours de la sclé-	
rose en plaques	296

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

Tél. : 62 -:- 8, Avenue du 11 Novembre -:- Tél. : 62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

❖
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
❖



Psycho-
névroses
❖
Intoxica-
tions
❖
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

LAIGNEL-LAVASTINE et LIBER. — Les métaplasies des méningoblastomes	296
P. VAN GEUCHTEN, DE MARTEL et GUILLAUME. — Méningiome de l'angle ponto-cérébelleux	296
AUBRY, GUILLAUME et THUREL. — Hydrocéphalie chronique chez l'adulte	297
BARRE. — Kyste du troisième ventricule	297
G. GUILLAIN et P. MICHAUX. — Syndrome parkinsonien par mésencéphalite syphilitique	297
GUILLAIN, AUBRY et MOLLARET. — Réaction de la 8 ^e paire dans la maladie de Friedreich	297
G. GUILLAIN, I. BERTRAND et J. LEREBoullet. — Myoclonies arythmiques et unilatérales des membres par lésion du noyau dentelé du cervelet	298
C. VINCENT. — Hématomes sous-duraux	298
C. VINCENT. — Lobectomie frontale et troubles psychiques	298

Société de Médecine légale de France

*Annexe aux comptes rendus des séances
des 12 mars, 9 avril, 14 mai et 11 juin 1934*
Ed. TOULOUSE. — L'expertise psychiatrique. 299

Société de Médecine Mentale de Belgique

E. DE GREEFF. — Essai de définition du débile mental
 305 |

J. TITECA. — Deux cas d'atrophie corticale. Présentation des pièces anatomiques	305
P. DIVRY. — Ramollissement traumatique du noyau caudé	305
A. BOUARD. — Statistique du service neuro-psychiatrique de l'Armée pendant les années 1932-1933	306

Société belge de Neurologie

Séance du 30 juin 1934

J. LEY. — Dégénérescence hépato-lenticulaire	306
VAN BOGAERT et J. DE BUSSCHER. — Polynévrite hypertrophique progressive	307
VAN BOGAERT et J. DE BUSSCHER. — Athétose unilatérale	307
J. Dagnélie. — Document clinique pour l'étude des polynévrites	307
BORREMANS et L. VAN BOGAERT. — Première observation anatomo-clinique de la maladie de Laurence-Moon-Biedl	308
A. DELHAYE et L. VAN BOGAERT. — Observation d'un syndrome familial nouveau (Biemond) proche de la maladie de Laurence-Moon-Biedl	308
J. Dagnélie. — Encéphalo-méningite lymphocytaire aiguë curable	308
H. BAONVILLE, J. CAHEN, J. LEY et J. TITECA. — Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une arachnoïdite cérébrale. Opération. Guérison	308

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

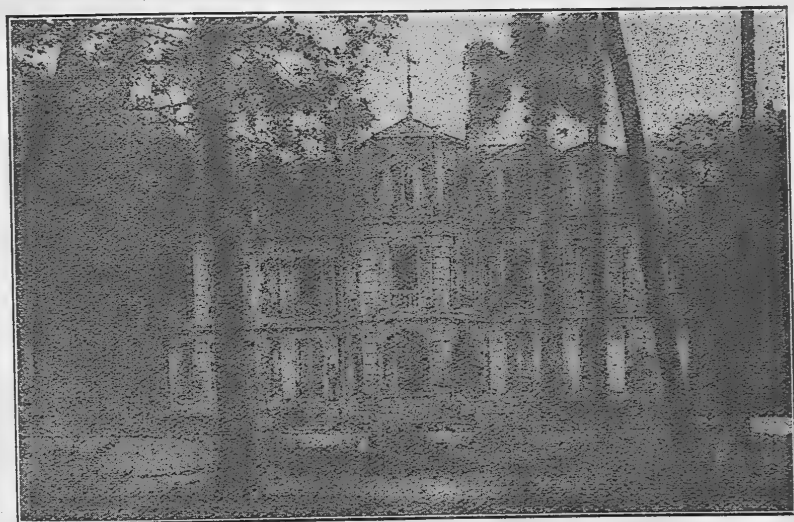
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXVIII^e session, Lyon 16-21 juillet 1934).

L. LAGRIFFE. — Discours inaugural : La signification et la valeur du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise 311

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

A. RÉPOND. — De l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie 312

RAPPORT DE NEUROLOGIE

P. MEIGNANT. — Tumeur du troisième ventricule. (Étude clinique et thérapeutique) 314

RAPPORT D'ASSISTANCE

M. DESRUELLES. — Classification et statistiques des maladies mentales 315

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

LEHERMITTE, SENGÈS, BOULET et TRELLES. — Tumeur suprasellaire à symptomatologie psychique prédominante 317

G. PETIT. — Sur la fréquence des symptômes

infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux, en psychiatrie 318

G. PETIT et A. BAUDARD. — Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale 318

A. COURTOIS et A. BELEY. — Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques 318

MESTRALLET et LARRIVÉ. — Psychose colibacillaire avec pyélonéphrite évoluant depuis plusieurs semaines. Guérison par la sérothérapie 318

CHRISTY, BALVET et MATHON. — Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques 319

J. FROMENT. — Dédoubllement de la personnalité et amnésie profonde avec obnubilation intellectuelle — persistant cinq ans après des encéphalites épidémiques — guéries avec « restitutio ad integrum », après cure prolongée d'insuline 319

J. FROMENT et B. POMMÉ. — Attitudes d'encéphalite épidémique en léthargie — par onirisme actif — rappelant des attitudes de grande hystérie 319

BOVEN. — L'anxiété ; ses causes, ses symptômes, son traitement 319

Henri Ev. — Les hallucinations psycho-motrices verbales et le problème général des hallucinations 319

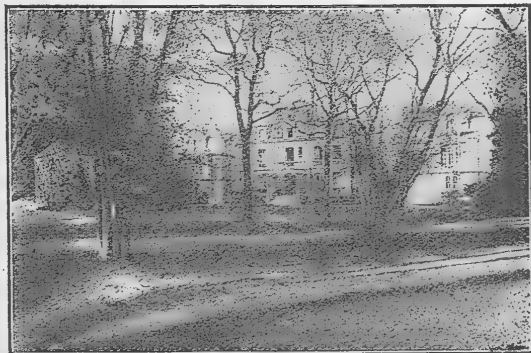
G. DE MORSIER et R. JUMET. — Automatisme

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY LE VESINET

46, Bd Carnot

Tél. Régional 755 et 850



**TRAITEMENT des affections
du Système nerveux
des intoxications et des mala-
dies de la nutrition**

**Repos - Convalescences - Régimes
ÉLECTROTHÉRAPIE - HYDROTHÉRAPIE**

*Dans banlieue agréable, paisible
et saine*

*Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri
de 2 hectares*

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
Excellente cuisine bourgeoise et de régimes.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

Médecin-Directeur : D^r P. ALLAMAGNY,
avec la collaboration du D^r VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
et d'un médecin assistant

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des G^{des} Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉÂTRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

*Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse
Pêche — Canotage (5 km. du Lac)*

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

TARTAKOWSKY, Dir. Général

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

mental semblable, évoluant depuis 20 ans, chez deux jumelles identiques	320
MESTRALLET et LARRIVÉ. — De l'utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques	320
PETIT et ARCHIMBAULT. — De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarques à propos d'un cas de démence précoce hébéphrénocatatonique guéri après dix années de traitements continus et variés	320
BRANDT et BERSOT. — Quelques considérations sur le traitement des malades nerveux et mentaux par la kinésithérapie	320
A. LÉONET. — Sur le choix des sels d'or ..	320
A. LEULIER, B. POMMÉ et J. VELLIEZ. — Le magnésium sérique à l'état normal et dans certains états psychiques	320
VLAVIANOS. — Recherches expérimentales sur les injections intrarachidiennes de liquide céphalo-rachidien	321
VLAVIANOS. — Les toxicomanies en Grèce ..	321
MAZHART OSMAN. — Intoxication hachichique et démence précoce	321
WAHL. — L'amour du voyage lointain comme cause de fugue chez les mineurs	321
WAHL. — Schizophrénie et expédition militaire	321
B. POMMÉ, R. MAROT et J. LACROIX. — Des condamnations dans les antécédents des arriérés sociaux ou déséquilibrés, engagés volontaires dans l'armée	321
FRANTZ et E. ADAM. — Les aliénistes lyonnais au début du XIX ^e siècle	321

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

BÉRIEL et BARBIER. — Cinq observations anatomocliniques de tumeurs du III ^e ventricule ..	322
RISER, E. et L. TAMALET. — Contribution à l'étude des tumeurs du III ^e ventricule	322
REGER, Y. POURSIÈS, J. ALLIEZ et J. PAILLAS. — Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne	322
BÉRIEL et RICARD. — La trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs du III ^e ventricule	322
H. ROGER, J. ALLIEZ et PAILLAS. — A propos d'un cas de tumeurs métastatiques à point de départ utérin	322
MAZHART OSMAN. — La sclérose en plaques en Orient	322
A. DONNAGIO. — Résultats avec ma réaction sur l'urine et le liquide céphalo-rachidien ..	322
A. DONNAGIO. — Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif	323
A. LEULIER, B. POMMÉ et H. BOUTEILLE. — De la perméabilité hémoméningée de l'homme dans divers états	323
A. LEULIER et B. POMMÉ. — Au sujet de l'action de l'iode de strontium	323
B. POMMÉ. — La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques	323
HERMANN. — Présentation d'un chien privé expérimentalement de sa moelle dorso-lombosacrée	324

(Suite du sommaire page X).

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose · D. P. Rhumatismes

Allochrysine Lumière

Sel organique d'or (Voie intramusculaire)

DÉSENSIBILISATIONS *omnivalentes* NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

(Thiosulfate magnésien)

 } ab ore
 } voie veineuse
 } voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : **D^r O.-L. FOREL** Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie. Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et instruit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et Pension (cures de repos) à partir de 20 francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et Pension (traitement médical compris) à partir de 30 francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.444. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

XIV^e Réunion neurologique Internationale

(Paris, 5 et 6 juin 1934)

LARUELLE. — Les centres végétatifs du diencéphale médian. Partie anatomique	324
A. TOURNAY. — Essai d'orientation neuro-physiologique	326
J. LHERMITTE. — Les syndromes anatomo-cliniques dépendant de l'appareil végétatif hypothalamique	327
ANDRÉ-THOMAS. — La régulation thermique et la région infundibulo-tubérienne	329
Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — A propos des troubles thermiques consécutifs aux interventions sur l'encéphale	331

COMMUNICATIONS A PROPOS DES RAPPORTS

A. BROUSSEAU. — Epilepsie diencéphalique post-traumatique	332
P. COSSA. — Crise neuro-végétative chez une vieille goitreuse	332
ROGER, MOSINGER et RAYBAUD. — Forme fébrile et hémimyoclonique d'une tumeur kystique du tronc cérébral	332
VERCELLI. — Diabète insipide consécutif à une fièvre typhoïde datant de 5 ans. Guérison par Roentgentherapie de la région diencéphalique	333
RIZZO. — Quelques données nouvelles sur le métabolisme de l'eau	333
F. NÉGRÉ. — Le rôle de l'hypothalamus dans la polyarthrite chronique déformante	333
LHERMITTE, WORMS et AJURIAGUERRA. — Les lésions de l'hypothalamus dans les syndromes	

neuro-anémiques	333
ANDRÉ-THOMAS et J.-O. TRELLES. — Neurospongiome du III ^e ventricule sans symptômes de localisation	333
L. ALQUIER. — Influence de certaines réactions conjonctivo-lymphatiques sur les troubles vago-sympathiques des affections intra-cranien-	

COMMUNICATIONS ADRESSÉES

CATOLA. — Quelques troubles végétatifs dans un cas d'encéphalite basilaire à forme dissocée	334
SALMON. — Les propriétés thermo-régulatrices du tuber cinereum	334
DRAGANESCU et SAGER. — Observation anatomoclinique d'un cas d'épendymite kystique du III ^e ventricule	334
MARINESCO, E. FAÇON et G. BUTTU. — Troubles de la fonction des centres infundibulo-tubériens consécutifs à l'encéphalite épidémique	334
MARINESCO et E. FAÇON. — Syndrome infundibulo-tubérien à la suite d'un traumatisme crânien	334
RADOVICI et Mlle RISPINE PAPAZIAN. — Syndrome diencéphalo-hypophysaire, acromégalie chiro-podale avec parkinsonisme post-encéphalitique	334

II

EXPOSÉ DES TRAVAUX DU FONDÉS DÉJÉRINE

L. VAN BOGAERT. — Les dystrophies ectodermiques congénitales	334
CHRISTOPHE. — La syphilis du cervelet ..	335

(Suite du sommaire page XII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone :* Italie 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII^e), chez le D^r Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

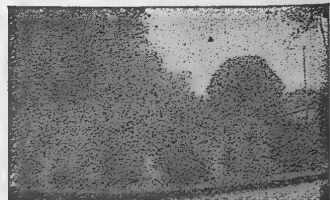
Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapie.

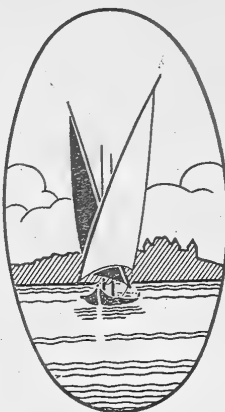
Directeurs : D^r Paul-Boncour, O. * et G. Albouy.



LA
MÉTAIRIE
NYON (SUISSE)
TÉLÉPHONE N° 26

Etablissement pour le diagnostic et le traitement des affections nerveuses. Désintoxications (alcool, morphine, cocaïne, etc.). Cures de repos et d'isolement. Rééducation. Convalescences. Régimes. Douches. Méthodes de traitement strictement individualisées. Par tradition, les frais de traitement sont modérés, le prix de pension est global, et les suppléments, s'il y a lieu, sont prévus d'avance.

ENTRE GENÈVE ET LAUSANNE



Nyon

D^r M. GUILLERREY, médecin en chef
Prof. - D^r O. LEWENSTEIN
D^r R. DUBY, Madame D^r CALAME

INSTITUT
MÉDICO-PSY-
CHOLOGIQUE
POUR ENFANTS
A NYON (SUISSE)

Deux divisions complètement distinctes :

I. Division clinique
neuro-psychiatrique
pour l'examen de tous
les cas présentant des
troubles dont la nature
reste à préciser.

II. Division médico-
pédagogique pour
tous les cas justiciables
d'une action pédago-
gique combinée au traie-
tement médical: édu-
cation spéciale, psy-
chothérapie, individua-
lisation de l'enseigne-
ment, orientation pro-
fessionnelle.

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&-O.) -- Dir. : D^r M. de CHABERT

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

-- Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) --

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D^r de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychologie.

- H. VALLON. — Les origines du caractère chez l'enfant 336

Neurologie.

- J. THIERS. — La syphilis du cervelet et des connexions cérébelleuses 338
Th. DE MARTEL et J. GUILLAUME. — Les tumeurs de la loge cérébelleuse 338

Hygiène et prophylaxie.

- G. SZWARC. — La stérilisation eugénique des anormaux 339

Thérapeutique.

- R. CASTEX. — La ponction cisternale (ponction sous-occipitale) 340
R.-J. WEISSENBACH. — Les traitements de la syphilis 340
M. CHIRAY, A. SALMON ; avec la collaboration de E. ROGER, R. LEBÈGUE et Mlle A. DE PRÉVAL. — Formulaire de pratique médicale courante à l'usage des médecins praticiens 341

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

- Cl. VURPAS et L. CORMAN. — Le diagnostic clinique précoce de la paralysie générale ... 341
E. JOLTRAIN. — L'émotion facteur de déséquilibre humoral 342

- M. SCHMITT. — Problèmes morphotypologiques 342
C. CENT. — Les relations entre le cerveau, le psychisme et les organes viscéraux, et leur signification pour la vie 342
L. CORNIL et M. MOSINGER. — Considérations critiques sur les rapports entre le poids du cerveau et l'intelligence 343
A. HAUTANT. — Le vertige 343
A. HAUTANT. — L'état mental dans les vertiges 343
R. CAUSSÉ. — Le vertige commotionnel 344
M. AUBRY. — Le vertige associé d'origine centrale 344
A. HAUTANT. — Les vertiges névralgies 344
A. HAUTANT. — Les vertiges-névrites périphériques 344
C.-J. DIAZ. — Les rhumatismes cervicaux comme cause d'états vertigineux 344

Anatomie.

- BALADO et FRANKE. — Trajet de la radiation optique chez l'homme 345
A. MOUCHET. — Note sur les artères du cerveau (méthodes d'étude et technique personnelle) 345
V. W. D. SCHENK. — Contribution à l'étude de l'Hémicéphalie 346
J. G. GREENFIELD. — Une forme de sclérose cérébrale progressive chez les enfants, associée à la dégénérescence primaire de la glie interfasciculaire 346

(Suite du sommaire page XIV).

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

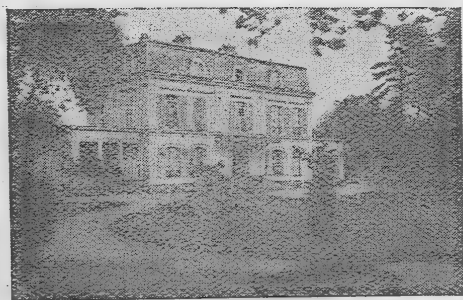
Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté
D^r PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux

I. SANZ IBÁÑEZ et A. P. RODRÍGUEZ PÉREZ. — Histopathologie de l'encéphalite post-vaccinale expérimentale	346
R.-A. LEY et J. DAGNÉLIE. — Contribution anatomo-clinique à l'étude des complications neurologiques et tout particulièrement des convulsions de la coqueluche	346
LHERMITTE, DERRÉ et UHRV. — Examens anatomo-pathologiques cardiaques au cours de paralysies diphtériques mortelles (cas humains et expérimentaux)	347
A. A. ALEKSANDROWSKAIA. — Contribution à l'étude de l'anatomopathologie de la rage.	347
M. MINKOWSKI. — Sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie	347

R. BONNARD. — Ossifications et calcification de la dure-mère crânienne	348
W. LÓPEZ ALBO. — Absès subduraux extraencéphaliques	348

Médecine légale.

L. VERVAECK. — Deux années d'application de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et des récidivistes	349
L. VERVAECK. — Les mesures de défense sociale au Danemark	350
R. H. GAULT. — La procédure criminelle aux Etats-Unis	351
P. SCHULTHESS. — De l'objection de conscience d'origine morbide	352

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :	
Séances	353
Dîner annuel	353
Légion d'Honneur	353
Asiles publics d'aliénés :	
Nécrologie	354
Nominations	354
Association amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés	354

Association amicale des internes et anciens internes des Asiles de la Seine	354
Association mutuelle des médecins aliénistes de France	354
La nouvelle classification psychiatrique adoptée aux Etats-Unis d'Amérique	355
Réunions et Congrès :	
II ^e Congrès international d'Hygiène mentale (Paris, 1936)	356

INFORMATIONS

VI^e Congrès international d'éducation morale (Cracovie, 11-15 septembre 1934) xviii
Premier Congrès international d'électro-radio-

biologie (Venise, 10-15 septembre 1934) . xxiv
Association internationale de pédiatrie préventive (Lyon, 27-28 septembre 1934) xxviii

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Eréthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU MIDI DE LA FRANCE

à **SAINT-DIDIER (Vaucluse)**

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur

Tél. n° 1.

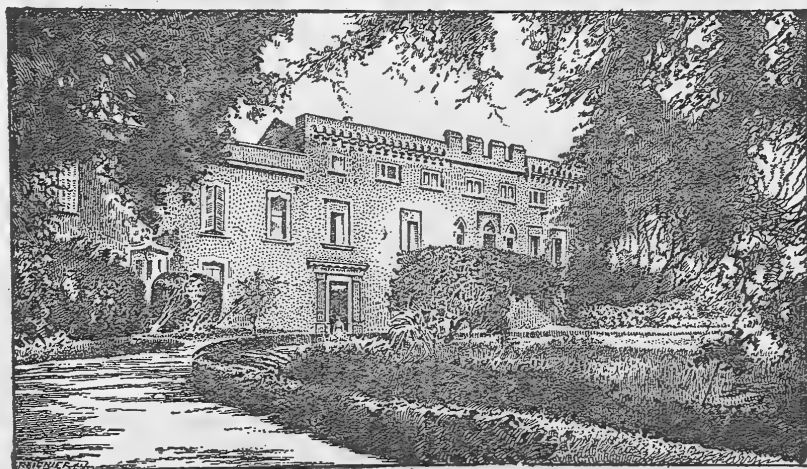
Traitement des Maladies du **SYSTÈME NERVEUX**

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

**CONFORT MODERNE
GRAND PARC**



**SÉJOUR D'ÉTÉ
— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

reunion

Cardenal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

**ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES**

EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0,10, 0,05 ET 0,01

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA**

**MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3^{ÈME}**



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à
chacun
sa
dose

le plus maniable
des hypnotiques
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C^{ie}
10 Rue Crillon PARIS

INFORMATIONS

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION MORALE

Sous le haut patronage du Président de la République Polonaise

Cracovie (11-15 Septembre 1934)

BUT : Le Congrès a pour but d'organiser la coopération de tous ceux qui, sans exception de races, de nationalités ou de croyances, veulent travailler au progrès de l'éducation morale.

BASE : Le Congrès n'assume pas la défense des opinions d'une association ni d'un parti quelconque, mais à tous ceux qui s'intéressent à l'éducation morale, quelles que soient leurs convictions religieuses ou morales, leur nationalité ou leur point de vue, il donne une égale occasion d'exprimer leurs opinions et de les confronter avec celles d'autrui.

L'organisation du VI^e Congrès International d'Education Morale,

(A suivre page d'annonces XX).

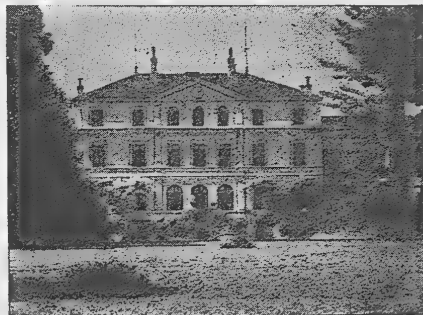
MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

===== près Neuchâtel, Suisse =====

Traitement
des maladies
nerveuses
et mentales,
de l'alcoolisme,
des toxicomanies.



Installations
modernes



Psychothérapie.



Traitement
individuel.
Occasions variées
d'occupation
rationnelle
pour les
pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

===== PROSPECTUS =====

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

. POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

VI^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION MORALE

Sous le haut patronage du Président de la République polonaise

Cracovie (11-15 Septembre 1934)

(Suite)

qui doit se tenir à Cracovie (Pologne), du 11 au 15 septembre 1934, a été assumée par la section polonaise de la Ligue Internationale pour l'Éducation Nouvelle.

Le programme du VI^e Congrès a été établi lors de la réunion du Conseil International du Congrès d'Éducation Morale, le 2 décembre 1933, d'accord avec tous les membres présents. L'invitation de la Pologne a été acceptée à l'unanimité.

A une époque où l'humanité semble être la proie d'un déchaînement de mauvaises forces, où les principes essentiels, qui ont jusqu'à présent guidé l'homme civilisé, paraissent menacés, où la réaction contre le mal et la violence s'émoussera de jour en jour, étouffée par la lutte pour la vie toujours croissante, plus que jamais doit retentir la voix des penseurs vigilants, de ceux, qui sans se décourager, travaillent à un avenir meilleur et y croient.

(A suivre page d'annonces XXII).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs*

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

**CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON**

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

**TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

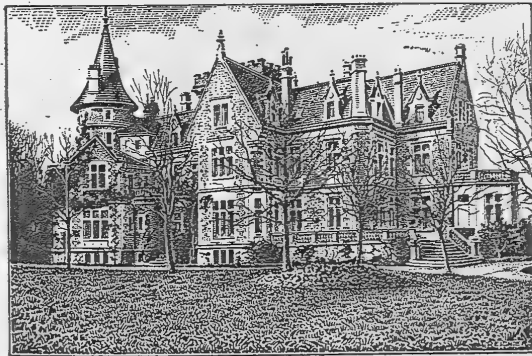
◆ ◆ ◆
**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**
◆ ◆ ◆

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
Dr Marcel DHERS
◆

Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
**Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie**

## VI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION MORALE

Sous le haut patronage du Président de la République Polonaise

Cracovie (11-15 Septembre 1934)

(Suite)

Le Congrès International d'Éducation Morale sera comme tous les Congrès précédents le poste émetteur de cette voix. Le sujet du Congrès est :

*« Les forces morales communes à tous les hommes, leurs sources et leur développement par l'éducation. »*

Découvrir ces forces communes, éternellement jaillissantes, en démontrer la force vivifiante et créatrice, les rendre accessibles aux humains, c'est éveiller dans l'humanité la foi dans le bien et la tendance à l'unité. C'est opposer ce qui unit à ce qui sépare.

Découvrir les valeurs impérissables, qui forment les liens invisibles unissant les peuples et les générations, en faire la trame de l'éducation morale, c'est préparer l'homme de l'avenir, l'homme qui ayant abandonné la haine saura travailler dans l'amour et collaborer au bien universel.

(A suivre page d'annonces XXIII).

## CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
**Confort Moderne**

—  
**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariaithérapie

—  
**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**

## VI<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION MORALE

Sous le haut patronage du Président de la République Polonaise

Cracovie (11-15 Septembre 1934)

(Suite)

### PROGRAMME DU CONGRÈS

Thème général: Les forces morales communes à tous les hommes, leurs sources et leur développement par l'éducation, envisagé des quatre points de vue suivants: a) psychologique, b) pédagogique, c) sociologique, d) philosophique.

Sujets spéciaux traités en connexion avec le thème général: I. La morale et le travail; II. La littérature enfantine; III. L'entente des peuples par la jeunesse; IV. La coéducation.

*Le droit d'inscription* sera de 15 zlotys pour les membres actifs et de 5 zlotys pour les membres assistants.

*La correspondance* sera adressée au Secrétariat du VI<sup>e</sup> Congrès International d'Éducation Morale, Varsovie (Pologne), Hoza 88, Muzeum Oswiaty.

Prière de s'adresser au Secrétariat pour toutes les informations relatives aux conditions de voyage et de séjour.

(A suivre page d'annonces XXIV).

-- PRODUITS --  
BIOLOGIQUES

CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8<sup>e</sup>

--:-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

- OPOTHÉRAPIE -

Comprimés - Cachets - Perextraits injectables

-- -- Associations pluriglandulaires -- --



- ANTASTHÈNE -

-- Ampoules - ASTHÉNIES - Comprimés --

L. CUNY, Docteur en Pharmacie de la Faculté de Paris

**PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL  
D'ÉLECTRO-RADIO-BIOLOGIE  
Venise (10-15 Septembre 1934)**

La Société Internationale de Radio-Biologie annonce que Son Excellence M. Benito Mussolini, entendu l'avis favorable du Conseil National des Recherches, a approuvé l'initiative d'organiser un Congrès International d'Electro-Radio-Biologie.

Ce premier Congrès International d'Electro-Radio-Biologie aura lieu, du 10 au 15 septembre 1934, dans le Palais Ducal à Venise.

Le Congrès sera présidé par Son Excellence M. le Marquis Guglielmo Marconi, Président de l'Académie Royale d'Italie et du Conseil National des Recherches, Sénateur du Royaume, et par Son Excellence M. le Comte Giuseppe Volpi di Misurata, Ministre d'Etat, Sénateur du Royaume.

L'intention du Congrès est d'inviter les physiciens, chimistes, biologistes, naturalistes et médecins, à une discussion sur les actions biologiques de toutes les radiations afin d'en coordonner les recherches.

Le physicien démontrera au biologiste les fondements théoriques et expérimentaux des recherches physiques sur les phénomènes vibratoires et corpusculaires et le biologiste à son tour parlera au

(A suivre page d'annonces XXVI).

**INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ**  
*d'éducation auxiliaire et de reconstitution pour enfants*  
**INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour enfants retardés**  
**LE HOHWALD (Bas-Rhin)**  
Station climatérique (600 mètres)

**Sont admis :**

- 1<sup>o</sup>) Les débiles mentaux (instables, asthéniques, nerveux, etc.).
- 2<sup>o</sup>) Les arriérés accidentels.
- 3<sup>o</sup>) Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

Nous n'acceptons que des enfants rééducables.

Surveillance médicale rigoureuse. Méthode de rééducation physique et psychique inspirée des principes du Docteur Decroly de Bruxelles. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

**DIRECTION MÉDICALE :**

**Mlle Docteur H. HAAS HAUTVAL**  
**Villa « Les Hirondelles » -:- LE HOHWALD (Bas-Rhin)**

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE  
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

# La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé  
l'association **Passiflore-Cratægus** et la  
seule qui ne contienne aucun toxique,  
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit  
chimique (dérivés barbituriques)

**Laboratoire G. RÉAUBOURG**  
2, Rue Boucicaut -- PARIS

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Engbien (s'arrête  
devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles,  
route d'Engbien, 7 kilomètres de Paris.

## PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉLECTRO-RADIO-BIOLOGIE

Venise (10-15 Septembre 1934)

(Suite)

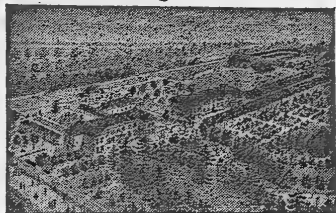
physicien et au physico chimiste des influences de ces phénomènes sur les éléments cellulaires, les complexes des tissus et les procédés organiques.

En outre, les organisateurs du Congrès espèrent pouvoir déterminer un nouvel orientement radio-biologique de plusieurs recherches physiques et biologiques d'aujourd'hui.

Le succès de ce Congrès est assuré : des savants du monde entier ont donné leur adhésion :

Prof. Emil Abderhalden (Haale a S.) ; Alexandre Belak (Budapest) ; Rita Brunetti (Cagliari) ; Alexis Carrell (New-York) ; A. Castaldi (Cagliari) ; Arthur A. Compton (Chicago) ; William D. Coolidge (Schenectady, N. X.) ; D'Arsonval (Paris) ; Duc de Broglie (Paris) ; Friedrich Dessauer (Frankfurt à M.) ; V. Ducceschi (Padoue) ; Carlo Foà (Milan) ; Albert Fischer (Copenhague) ; Alexandre Gurwitsch (Leningrad) ; Otto Glasser, Cleveland (Ohio) ; Gola (Padoue) ; C. P. Haskins (Schenectady, N. Y.) ; Herlitzka (Torino) ; R. Kienböck

(A suivre page d'annonces XXVII).



## VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D' LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
Téléphone : 2-82.

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL  
D'ÉLECTRO-RADIO-BIOLOGIE  
Venise (10-15 Septembre 1934)  
(Suite)

(Wien) ; N. K. Koltzoff (Moscou) ; Svend Lomholt (Copenhague) ; L. Lichtwitz (New-York) ; J. Magrou (Paris) ; Robert A. Millikan (Pasadena, Calif.) ; D. G. Marinesco (Boukharest) ; E. Moreau (Clermont) ; G. A. Nadson (Leningrad) ; S. S. Nerhu (Fatehpur, India) ; M. Nemenow (Leningrad) ; J.-L. Pech (Montpellier) ; Ludwig Pincussen (Berlin) ; Pugno-Vanoni (Padoue) ; V. Riviera (Pérouse) ; Claude Regaud (Paris) ; Angel Roffo (Buenos Aires) ; Sir C. V. Raman (Bangalore, India) ; O. Reche (Leipzig) ; Bruno Rossi (Padoue) ; G. Viale (Gênes) ; S. Valentiner (Clausthal-Zeller) ; Otto Warburg (Berlin) ; R. W. Wood (Baltimore), etc., etc...

Les applications des rayonnements à la médecine et à la thérapeutique ne seront pas traitées dans ce Congrès qui a pour but d'étudier les phénomènes chimiques et biologiques relatifs aux rayonnements.

Pour de plus amples renseignements, prière de s'adresser à M. le D<sup>r</sup> Giocondo Protti, Secrétaire général du Congrès, S. Gregorio 173 Venise.

(A suivre page d'annonces XXVIII).

---



**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

Échantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---



**ASSOCIATION INTERNATIONALE  
DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE  
Lyon (27-28 Septembre 1934)**

La IV<sup>e</sup> Conférence de l'Association Internationale de Pédiatrie Préventive (Section médicale de l'Union Internationale de Secours aux Enfants) aura lieu, cette année, à Lyon, les jeudis et vendredi 27 et 28 septembre.

Les sujets mis à l'ordre du jour et les noms des rapporteurs sont les suivants :

1. La prophylaxie de la malaria chez l'enfant : Prof. Cacace, de Naples ; Prof. Gillot, d'Alger, et son assistant D<sup>r</sup> Larrouy. (Un rapporteur britannique colonial sera désigné ultérieurement).

2. La prophylaxie du rachitisme et de la spasmophilie : Prof. Adam, de Dantzig ; Prof. Monrad, de Copenhague.

Les médecins qui désirent participer à cette conférence sont priés de s'inscrire auprès du Secrétariat de l'A.I.P.P., 15, rue Lévrier, Genève, Suisse ; il en est de même de ceux qui comptent prendre part aux discussions qui suivront l'exposé des rapports.

**Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)  
Près LYON**

*Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON*

**MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :**

**Dr J. COURJON**, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

**Dr R. COURJON**, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

**MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

**NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS**

**CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT**

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu,  
tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les  
mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*



# SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1934

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| L. MARCHAND et A. COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë hémorragique..                                                                                   | 359 |
| Paul COURBON. — Psychophysiologie du suicide. Le suicide non pathologique....                                                                                  | 384 |
| M. DESRUELLES, P. LÉCULIER, M <sup>me</sup> GARDIEN-JOURD'HEUIL et P. GARDIEN. — A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine..... | 398 |
| MARES CAHANE. — Sur la teneur en cholestérol de la substance grise et de la substance blanche du cerveau dans certaines psychoses.....                         | 415 |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 22 octobre 1934

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Décès du D <sup>r</sup> Auguste Marie .....             | 419 |
| Décès du D <sup>r</sup> Alexandre Cullerre .....        | 419 |
| Adoption du procès-verbal .....                         | 420 |
| Correspondance .....                                    | 420 |
| Date de l'Assemblée générale .....                      | 421 |
| A propos de la Malariathérapie .....                    | 421 |
| Election de deux membres correspondants nationaux ..... | 422 |

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Election de deux membres associés étrangers .....                                           | 423 |
| L. van BOGAERT. — De l'algohallucinoze aux troubles du schéma corporel .....                | 423 |
| J. LHERMITE. — Les hallucinations dans les syndromes pédonculaires et leur pathogénie ..... | 427 |
| G. VERMEYLEN. — Hallucinations et niveau mental .....                                       | 429 |

## SOCIÉTÉS

### Société de Médecine légale de France

Séance du 8 octobre 1934

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| DESCUSSES. — La création d'une consultation psychiatrique à l'Hôtel-Dieu de Troyes ..... | 441 |
| VIGNE. — Thyroïdomanie .....                                                             | 441 |

### Société française de Psychologie

Séance du jeudi 21 juin 1934

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| G. DUMAS. — Le monde mystique des paranoïdes ..... | 442 |
|----------------------------------------------------|-----|

(Suite du sommaire page II).

# CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : D<sup>r</sup> CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION

DE

premier ordre

NOTICE

SUR DEMANDE



2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychiatrie.

- E. MINKOWSKI. — Le Temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques... 443  
 A. WIMMER. — Contributions du Laboratoire psychiatrique de l'Université et de la Clinique neuro-psychiatrique de Copenhague... 446  
 G.-P. TOYE. — Contribution à l'étude physiopathologique de la démence précoce... 446  
 P.-L. NOGUIER. — Contribution à l'étude de l'origine infectieuse des psychoses... 447  
 P.-J. GUILBERT. — A propos de quelques observations d'encéphalite épidémique à formes psychosiques. Considération sur l'importance du rôle des facteurs infectieux ou inflammatoires en psychiatrie... 448  
 R. THÉRY. — Les signes physiques dans le délire hallucinatoire chronique... 448  
 A. LIBER. — Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments... 448  
 E. COSTA-PIMENTEL. — Contribution à l'étude du pronostic de la paralysie générale progressive par la pneumo-encéphalographie... 449  
 H. ELLIS. — Précis de Psychologie sexuelle... 449  
 E. LAUVRIÈRE. — L'étrange vie et les étranges amours d'Edgar Poë... 450

#### Biologie.

- S. MARBAIS. — Théorie cérébrale de l'immunité et de l'anaphylaxie... 452

### Hygiène et prophylaxie.

- G. MOURIQUAND, M. PÉHU, P. BERTOYE, J. BARBIER, P. VIGNARD, P. MAZEL, P. D'ESPINEY, Abbé MONCHANIN, R.-P. CHARMOT. — Médecine et éducation... 453  
 GILBERT-ROBIN. — Les drames et les angoisses de la jeunesse... 454  
 R. BIOT. — Principes et technique d'une politique de la santé publique... 455

### Thérapeutique.

- J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN. — Le régime alimentaire des asiles d'aliénés... 455  
 L. FILHOL. — Considérations sur le traitement de la paralysie générale par le Stovarsol... 456  
 M. YAHN. — Contribution à l'étude de la sulfopyrétrothérapie de la paralysie générale progressive... 457

### Médecine légale.

- G. BERMAN. — Mineurs abandonnés et délinquants dans la province de Córdoba (Argentine)... 457

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

- M. BONNAFOUS. — Le suicide : thèse psychiatrique et thèse sociologique. A propos d'un livre récent... 458

(Suite du sommaire page IV).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
 MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

Maladies  
 du  
 Système  
 nerveux  
 et de la  
 Nutrition



Psycho-  
 névroses  
 Intoxica-  
 tions  
 Conval-  
 cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR  
M. le Dr MAGNAN  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. \*  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

|                                                                                                                            |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. CAPGRAS. — Psychose mixte. Paranoïa maniaque dépressive .....                                                           | 459 |
| J. BONHOMME et H. PICHARD. — La notion de réalité chez les délirants .....                                                 | 459 |
| R. MALLET. — L'obsession de négation .....                                                                                 | 459 |
| O. LOUDET et L.-M. DALKE. — Sur la psychogénèse et la valeur pronostique du Syndrome de Cotard .....                       | 460 |
| E. MINKOWSKI. — Délire de négation chez un paralytique général .....                                                       | 460 |
| E.-A. BENNET. — Les états anxieux .....                                                                                    | 460 |
| LAIGNEL-LAVASTINE et J. VINCHON. — L'anxiété paludéenne .....                                                              | 461 |
| O. DIETHELM. — La non-organisation et la désorganisation psychiques au cours des psychoses .....                           | 461 |
| R. GJESSING. — De l'étiologie et de la Pathogénie de la Schizophrénie .....                                                | 461 |
| L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPK. — Schizophrénie et tuberculose .....                                    | 462 |
| H. CLAUDE. — Paraphrénie et psychose paranoïde .....                                                                       | 462 |
| F. FRÄNKEL et D. BENJAMIN. — La critique chez les sujets soumis à l'épreuve de Rorschach d'interprétation des formes ..... | 462 |
| A.-M. SIERRA. — L'état actuel du problème des démences séniles : la démence sénile typique .....                           | 463 |

## Psychanalyse.

|                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Mme S. MORGENSTERN. — Psychanalyse et Education .....                                            | 463 |
| C. ALLEN. — Quelques essais de renforcement de l'analyse mentale dans des cas de psychoses ..... | 464 |

## Neurologie.

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P.-V. MONAKOW. — De la représentation centrale des fonctions végétatives .....                                                               | 464 |
| R. BING. — Le principe de « libération » en physiopathologie .....                                                                           | 465 |
| A.-I. ZLATOVEROFF et I.-M. FREIDSON. — Contribution à la clinique des atteintes du système nerveux au cours de la pellagre .....             | 465 |
| H. SCHMID. — Contribution au problème des ectodermoses neurotropes et à celui de la pathogénie des affections encéphaliques en général ..... | 466 |
| C. LACAPERE. — La syphilis nerveuse chez les Arabes .....                                                                                    | 466 |
| E. LÉPINAY. — La fréquence actuelle de la neurosyphilis en pays marocain .....                                                               | 467 |
| DUJARDIN et DUMONT. — Hypothèses sur la pathogénie de la syphilis exotique .....                                                             | 467 |
| DECROP. — Y a-t-il une évolution dans la physiologie de la syphilis ? .....                                                                  | 467 |
| J. MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse en Algérie .....                                                                                      | 468 |
| A. POROT. — La paralysie générale chez l'indigène nord-africain .....                                                                        | 468 |
| L. SALLE. — De l'influence des cures arséno-benzoliques de simple blanchiment sur l'évolution ultérieure de la syphilis marocaine .....      | 468 |
| M. CULPIN. — Les névroses professionnelles et en particulier le nystagmus des mineurs .....                                                  | 469 |
| S.-M. WENGROW. — Un réflexe pathologique par percussion du talon .....                                                                       | 469 |
| J.-H. GLOBUS. — Neurinome central associé à une sclérose tubéreuse .....                                                                     | 469 |
| J. DAGNÉLIE et P. CAMBIER. — Contribution ana-                                                                                               |     |

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

*Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS*

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

*Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS*

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

- tomo-clinique à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique ..... 469
- E. DE CIRE. — Plexite lombaire symétrique provoquée par la sanochrysine ..... 470
- VAN DEN HEVE. — Les phakomatoses de Bourneville, de Recklinghausen et de Von Hippel-Lindau ..... 470
- L. VAN BOGAERT. — Sclérose tubéreuse et spongioblastome multiforme ..... 470
- G. DUME et L. VAN BOGAERT. — Adénomes sébacés du type Pringle avec fibromatose cutanée dans une famille atteinte de sclérose tubéreuse ..... 471
- Edward HARTMANN. — Elargissement du canal optique visible à la radiographie chez les malades atteints de neuro-fibromatose avec tumeur du nerf optique ..... 471
- J. HELSMOORTEL et THIENPONT. — Tumeurs bilatérales de l'acoustique dans la neuro-fibromatose ..... 471
- DE GROOT, A. DELHAYE et L. VAN BOGAERT. — Sur une forme maligne de la neuro-fibromatose ..... 472
- L. CHRISTOPHE. — Neuro-fibromatose familiale ..... 472
- L. VAN BOGAERT et Jean VERBRUGGE. — Sur un méningioblastome rachidien à inclusions mélaniques ..... 472
- P. MARTIN et L. VAN BOGAERT. — Deux cas d'hémangiome du cervelet chez deux sœurs... 473

## Anatomie.

- L. BENDER et P. SCHILDER. — Encéphalopathie alcoolique. (Poliencephalite hémorragique supérieure de Wernicke) ..... 473
- C.-H. FRAZIER et B.-J. ALPERS. — Fibroblastomes méningés du cerveau. Analyse clinico-pathologique de 75 cas ..... 473

- H.-R. VIETZ. — Un nouveau cas d'hémangioblastome de la rétine et du cervelet avec une note sur la maladie de Lindau ..... 474
- MALBRAN et BALADO. — L'arachnoïdite du chiasma ..... 474
- FERRER-CAGIGAL et DIEGO FERRER. — Les glioblastomes ..... 474
- J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et J.-O. TRELLES. — Gliose extra-pié-mérienne et formations névromateuses dans une variété de syphilis bulbo-spinale ..... 475
- B. SCHLESINGER. — Syndrome des astrocytomes fibrillaires du lobe temporal ..... 475
- DIMITRI. — Aphasie par hémorragie de la zone lenticulaire ..... 475

## Biologie.

- A. SICO. — Le rapport albumino-cytologique dans le pronostic de la paralysie générale ..... 476
- I. MATOWETZKY. — Considérations sur le taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien en rapport avec la « perméabilité » de la barrière vasculaire cérébrale ..... 476
- M. BENVENUTI. — Autres recherches sur la présence du spirochète pâle dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques nerveux ..... 477
- V. ASKGAARD, V. HAHNEMANN et A.-V. NEEL. — Recherches sur les altérations des cellules et de l'albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses, spécialement dans la démence précoce et les états maniaco-dépresseifs... 477
- E. DINGERNAUSE, J. FREUD et H. DE JONG. — De la présence dans l'urine d'une substance (catatonine) capable de provoquer des phénomènes catatoniques et de sa diminution relative chez les malades mentaux ..... 477

(Suite du sommaire page VIII).

# CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

## LE VESINET

46, Bd Carnot Tél. Régional 755 et 850

**TRAITEMENT des affections  
du Système nerveux  
des intoxications et des mala-  
dies de la nutrition**

**Repos - Convalescences - Régimes  
ÉLECTROTHERAPIE - HYDROTHERAPIE**

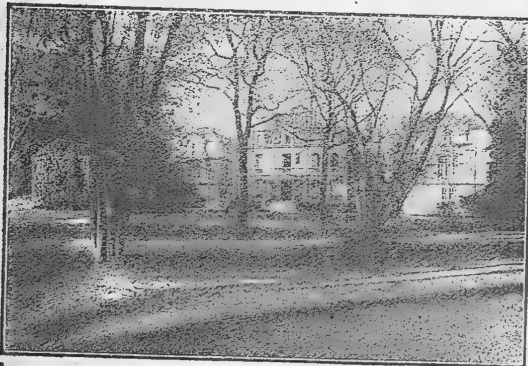
Dans banlieue agréable, paisible  
et saine

Très belle installation modèle,  
6 pavillons séparés dans un parc fleuri  
de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec  
S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
Excellente cuisine bourgeoise et de régimes.

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

Médecin-Directeur : Dr P. ALLAMAGNY,  
avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
et d'un médecin assistant



# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées  
Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.  
Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Démérialisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.  
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgtrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgtrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

- D. SARNO. — Action de la bulbocapnine sur la contraction musculaire « in vivo » ..... 477
- E. FRIEDMAN-BUCHMAN et C.-P. RICHTER. — Abolition, par la cocaïne, de la catatonie provoquée par la bulbocapnine ..... 478
- A. RIVELA-GREGO. — Action élective de certains composés mercuriels sur le système nerveux ..... 478
- W. MALAMUD, E. LINDEMANN et H.-H. JASPER. — Effets de l'alcool sur la chronaxie du système moteur ..... 478
- Mlle J. HURYNOWICZ et E. CZARNECKI. — De l'élévation de la chronaxie des pneumogastriques à travers le peau chez le lapin ..... 478
- A. MEYER. — Etude d'intoxications expérimentales. — III. Les altérations cérébrales dans l'intoxication expérimentale par l'acide prussique ..... 479
- M.-A. LESZCZYCKI. — Etudes contemporaines sur le métabolisme dans la psychose maniaco-dépressive ..... 479
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Tremblement émotif et métabolisme de base ..... 479
- E. MAY. — La régulation nerveuse de l'hématopoïèse ..... 479
- V. KAFKA. — Des réactions dissociées du liquide céphalo-rachidien. Communication sur une forme nouvelle (dissociation globulino-colloïdale) ..... 480
- W. DWORECKI. — Bacilles typhiques et affections des méninges ..... 480
- R. DRESZER et C. SZCZYTT. — Deux cas de psychose périodique liée au cycle menstruel ..... 481
- R.-M. CLARK. — Le Mongolisme : conception nouvelle ..... 481
- DZIERZYNSKI. — Un cas de gigantisme ..... 481
- A. DE CASTRO. — Acromégalie et maladie de Recklinghausen ..... 482
- F. TERRIEN. — Les symptômes oculaires de l'acromégalie ..... 482
- A. SALMON. — Les troubles psychiques d'origine hypophysaire ..... 482
- L. KRAUL. — Les sécrétions internes génitales de la préhypophyse ..... 483
- L. BRULL. — Transmission sanguine de la polyurie hypophysaire ..... 483
- E. LESCHKE. — Le diabète insipide et le système hypothalamo-hypophysaire ..... 483
- W. OSTERREICHER. — Recherches sur les hormones sexuelles du lobe antérieur de l'hypophyse ..... 483
- H. SAETHRE. — Dosage des hormones sexuelles dans les troubles psychiques ..... 484
- E. SCHULMANN et H. MAMOU. — Diagnostic des cachexies endocriniennes ..... 484

### Assistance.

- J. RAYNIER et E. MARTINOR. — L'assistance aux enfants anormaux ..... 484
- D.-M. SIDWELL. — Direction mentale de l'enfance au Danvers State Hospital ..... 485
- E. VIDAL ABAL. — L'Asile-Colonie Régional Mixte des Aliénés d'Oliva (Cordoba) ..... 485
- A. MARIE et P. GODIN. — Le problème des malades musulmans à Paris ..... 486

(Suite du sommaire page X).

## LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.



# DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -- 18 km. de Genève

---

## LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des G<sup>des</sup> Alpes

---

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

---

**Hydrothérapie -- Psychothérapie**

*Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes*

*Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie*

---

## THÉÂTRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

---

### TOUS LES SPORTS

*Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse*

*Pêche — Canotage (5 km. du Lac)*

---

### LES GRANDS HOTELS

*HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière*

*dans la suppression totale des bruits*

*HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL*

---

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

**TARTAKOWSKY, Dir. Général**

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

## Hygiène et prophylaxie.

|                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. NELKEN. — Hygiène psychique dans l'armée .....                                                                                                                         | 486 |
| J.-M. LAHY. — La psychotechnique et la psychiatrie .....                                                                                                                  | 487 |
| G. LEF. DE BELLEFEUILLE. — L'hygiène mentale au service de la population écolière de la ville de Montréal .....                                                           | 487 |
| R. AMYOT. — Bases anatomo-physiologiques, cliniques et étiologiques de l'hygiène mentale de l'enfant. Valeur diagnostique et pronostique des convulsions infantiles ..... | 488 |
| J.-C. MILLER. — Cinq ans d'hygiène mentale dans le district de Québec .....                                                                                               | 488 |
| A. MARIE. — Immigration et hygiène mentale. Remarques à propos de l'article du Docteur Martial .....                                                                      | 488 |
| J. SAUCIER. — Le problème de l'alcoolique .....                                                                                                                           | 488 |
| E. TOULOUSE. — La violence et l'hygiène mentale .....                                                                                                                     | 489 |
| G. D'HEUCQUEVILLE. — Stérilisation chirurgicale et prophylaxie mentale .....                                                                                              | 489 |
| A. BARBEAU. — La place d'une technique eugénique en biologie humaine. La stérilisation des inaptes .....                                                                  | 489 |

## Thérapeutique.

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| E. LARRIVÉ et A. MESTRALLET. — La pyrétothérapie dans le traitement des maladies mentales ..... | 489 |
| D. PISANI et R. SINISCALCHI. — La pyrétothérapie dans la schizophrénie .....                    | 490 |
| H. CLAUDE, H. EY et J. DUBLINEAU. — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans     |     |

|                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| le traitement de certaines démences préco-                                                                                                                     | 490 |
| M. FEUILLADE et H. EDEL. — L'huile soufrée dans le traitement des états d'agitation .....                                                                      | 491 |
| M. YAHN. — La sulfopyrétothérapie de la paralysie générale .....                                                                                               | 491 |
| A. VANELLI. — La méthode Mariotti et la pyrétothérapie sulfurée dans la paralysie générale .....                                                               | 491 |
| J. LÉPINE. — Malariaothérapie et paralysie générale. Hypothèses pathogéniques .....                                                                            | 491 |
| H. CLAUDE et P. MASQUIN. — Le devenir des paralytiques généraux malarisés ; expérience de neuf ans de malariaothérapie .....                                   | 492 |
| R. RICHARD. — Délires secondaires à la malariaothérapie .....                                                                                                  | 492 |
| K. OHYAMA. — Des variations des troubles pupillaires de la paralysie générale sous l'influence de la malariaothérapie .....                                    | 492 |
| S. UYEMATZU, Y. FUJII et H. KAMANO. — Pyrétothérapie de la paralysie générale par injections intraveineuses de gono-vaccin .....                               | 493 |
| R. PASQUALINI. — Nouvelle méthode de pyrétothérapie .....                                                                                                      | 493 |
| W. FREEMAN, T.-C. FONG et S.-J. ROSENBERG. — Le traitement de la démence paralytique par la diathermie. Modifications histologiques dans les cas traités ..... | 493 |
| H.-W. PORTER. — Le traitement de la paralysie générale juvénile .....                                                                                          | 493 |
| H.-H. REESE. — Traitement de la neuro-syphilis par la tryparsanide .....                                                                                       | 494 |
| P. BOUSSI. — Accidents oculaires au cours du traitement par les sels d'arsenic pentavalents .....                                                              | 494 |

(Suite du sommaire page XII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&O.) — Dir. : D<sup>r</sup> M. de CHABERT

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

— Fondée en 1917 (Ancienne Institution d'Eaubonne) —

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés.

La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.

Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon  
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D<sup>r</sup> de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches  
Téléphone : 226 CORBEIL

# CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**. Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

● ● ●

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

## INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse** : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). **Téléphone** : *Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. **Téléphone** : Elysées 32-36.

**Affections traitées** : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition** : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort** : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement** : Hydrothérapie.

**Directeurs** : D<sup>r</sup> Paul-Boncour,  
O. \* et G. Albouy.



- G.-C. RIGUIER et G. QUARTI. — Thérapeutique endorachidienne de la neuro-syphilis .... 494
- E. MARIOTTI. — Le traitement de la paralysie générale par les injections endoveineuses d'auto-liquide céphalo-rachidien médicamenteux ..... 495
- G. BOSCHI. — Injection endorachidienne de phénolsulfonéptaléine et d'eau bidistillée dans un bot pyrété-neurothérapique ..... 495
- C. RIEBELING. — De l'action thérapeutique sur les modifications pathologiques de la pression du liquide céphalo-rachidien ..... 495
- J. BELOT et L. DELHERM. — Que valent les rayons X dans le traitement des syndromes basedowiens ? ..... 495
- J. OLMER. — Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow ..... 496
- M.-G. JEANNENEY. — Traitement chirurgical de la maladie de Basedow ..... 496
- D. SANTENOISE, L. MERKLEN, M. VIDACOVITCH et C. FRANK. — Les bases physiologiques du traitement de l'hypertension par la vagotonine ..... 496
- L. TIXIER et S. DE SÈZE. — Action de l'insuline sur la sclérose progressive des artères cérébrales chez les vieillards ..... 496
- H. TOMASSON. — Directives pour le traitement des états de dépression dans la psychose maniaque-dépressive ..... 497
- H. TELLIER. — Traitement des états maniaques ..... 497
- J. SOLER. — Contribution nouvelle à l'étude du traitement de la morphinomanie ..... 497
- R. DUPOUY et M. DELAVILLE. — Du traitement des toxicomanes par les lipides végétaux ... 497
- F. FUERTES et A. GUADAN DE LASCARIS. — Contribution à l'étude des hypnotiques du groupe des uréides de la chaîne fermée saturée, destinée à obtenir un corps nouveau du même groupe ..... 498
- G.-V. KULCHAR et A.-D. KING. — Utilisation de l'amytal sodique pour prévenir les réactions associées à la ponction lombaire ..... 498
- W. LÓPEZ-ALBO. — Traitement des accidents post-rachianesthésiques par l'éphétinine ..... 499
- H. CONET. — Les bromures en pratique psychiatrique ..... 499
- H.-M. FAY. — L'épiphyse en thérapeutique ..... 499
- G. JEANNENEY. — A propos de sept cas de rhumatisme chronique ankylosant traités par parathyroïdectomie ..... 499
- R.-H. HUTCHING. — Psychothérapie dans les Hôpitaux psychiatriques ..... 500
- L.-E. HINSIE. — Conditions d'une psychothérapie adéquate dans un Hôpital psychiatrique ..... 500
- R.-W. HALL. — L'organisation de la psychothérapie ..... 500
- L.-B. HILL. — Obstacles à la psychothérapie ..... 501
- P. VERSTRAETEN. — Sur l'optimisme en thérapeutique psychiatrique ..... 501
- E. MONIZ et D. FURTADO. — Les compressions médullaires par lymphogranulomatose maligne (maladie de Hodgkin). Traitement opératoire d'un cas ..... 501
- L. DELHERM et F. NILUS. — Roentgenthérapie lombo-sacrée et périphérique appliquées à la sciatique ..... 501
- G. PORTMANN. — Traitement chirurgical des

(Suite du sommaire page XIV).

## TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

### Oléochryisine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

### Allochryisine Lumière

Sel organique d'or

**DÉSENSIBILISATIONS** omnivalentes **NON SPÉCIFIQUES**

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

**EMGÉ LUMIÈRE**

(Thiosulfate magnésien)

ab ore  
voie veineuse  
voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

**BOROSODINE LUMIÈRE**

Littérature et Echantillons :

**LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON**

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

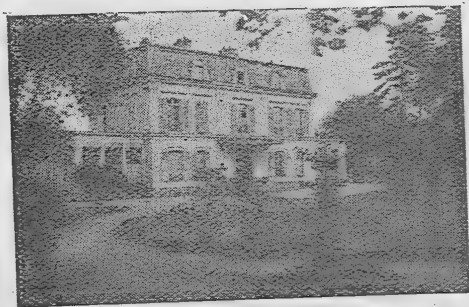
Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D<sup>r</sup> PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| phlébites et thrombo-phlébites sinuso-jugulaires .....                                                             | 502 |
| R. LERICHE et R. FONTAINE. — Technique des diverses sympathectomies lombaires .....                                | 502 |
| H. ROGER. — Diagnostic et traitement des convulsions infantiles .....                                              | 502 |
| R. LEHMAN. — Le traitement curatif du tétanos (association de l'anesthésie chloroformique à la sérothérapie) ..... | 502 |
| V. MATILLA. — Valeur de la sérothérapie dans le traitement du tétanos .....                                        | 503 |

## Médecine légale.

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| L. VERRAECQ. — Y a-t-il plus de débiles mentaux en prison que dans la population libre ? | 503 |
| A. MYERSON. — Aspects psychiatriques sociaux du mineur délinquant .....                  | 504 |
| COSTEDOAT. — L'étude des maladies mentales chez les militaires condamnés .....           | 504 |
| G. d'HEUCQUEVILLE. — Les assassins du médecin. Comment se protéger contre eux ? .....    | 504 |

## VARIÉTÉS

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique :                                                         |     |
| Séances .....                                                                          | 505 |
| Centenaire de Magnan .....                                                             | 505 |
| Légion d'Honneur .....                                                                 | 505 |
| Asiles publics d'aliénés :                                                             |     |
| Nécrologie .....                                                                       | 506 |
| Nominations .....                                                                      | 506 |
| Postes vacants .....                                                                   | 506 |
| Postes créés (Algérie, Tunisie, Martinique) .....                                      | 507 |
| Concours de l'Internat en médecine des asiles de la Seine .....                        | 509 |
| Les agrandissements de la Maison de Santé interdépartementale de Clermont (Oise) ..... | 509 |
| Réunions et Congrès :                                                                  |     |
| La Neuro-Psychiatrie au Congrès des médecins                                           |     |

|                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| de langue française. (Québec, 27-30 août 1934) .....                                                                                           | 510 |
| Société Suisse de Psychiatrie .....                                                                                                            | 511 |
| Association Espagnole de neuro-psychiatrie .....                                                                                               | 512 |
| IV <sup>e</sup> Semaine Nationale Espagnole d'Hygiène mentale .....                                                                            | 512 |
| Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française (XXXIX <sup>e</sup> session, Bruxelles, 1935) ..... | 515 |
| Hygiène et Prophylaxie :                                                                                                                       |     |
| Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique .....                                                                                       | 516 |
| La stérilisation des déficients .....                                                                                                          | 517 |
| La peine de mort en Chine pour les trafiquants de stupéfiants .....                                                                            | 518 |

## INFORMATIONS

|                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Congrès international des Médecins amis du raisin et du jus de raisin (6 novembre 1934) ..... | XVIII |
| Congrès international des Sciences .....                                                      | XXII  |

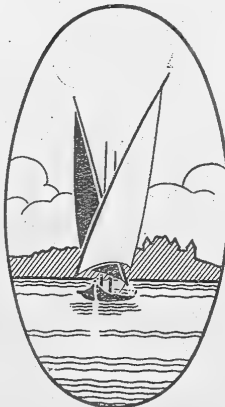
|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| Comité National de défense contre la tuberculose ..... | XXVI   |
| L'Argus de la Presse .....                             | XXVIII |

## LA MÉTAIRIE

NYON (SUISSE)  
TÉLÉPHONE N° 26

Etablissement pour le diagnostic et le traitement des affections nerveuses. Désintoxications (alcool, morphine, cocaïne, etc.). Cures de repos et d'isolement. Rééducation. Convalescences. Régimes. Douches. Méthodes de traitement strictement individualisées. Par tradition, les frais de traitement sont modérés, le prix de pension est global, et les suppléments, s'il y a lieu, sont prévus d'avance.

ENTRE GENÈVE ET LAUSANNE



Nyon

D<sup>r</sup> M. GUILLEREY, médecin en chef  
Prof. - D<sup>r</sup> O. LÖWENSTEIN  
D<sup>r</sup> R. DUBY, Madame D<sup>r</sup> CALAME

INSTITUT  
MÉDICO-PSY-  
CHOLOGIQUE  
POUR ENFANTS  
A NYON (SUISSE)

Deux divisions complètement distinctes :

I. Division clinique  
neuro-psychiatrique  
pour l'examen de tous les cas présentant des troubles dont la nature reste à préciser.

II. Division médico-pédagogique pour tous les cas justiciables d'une action pédagogique combinée au traitement médical : éducation spéciale, psychothérapie, individualisation de l'enseignement, orientation professionnelle.

# GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU MIDI DE LA FRANCE

à **SAINT-DIDIER** (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

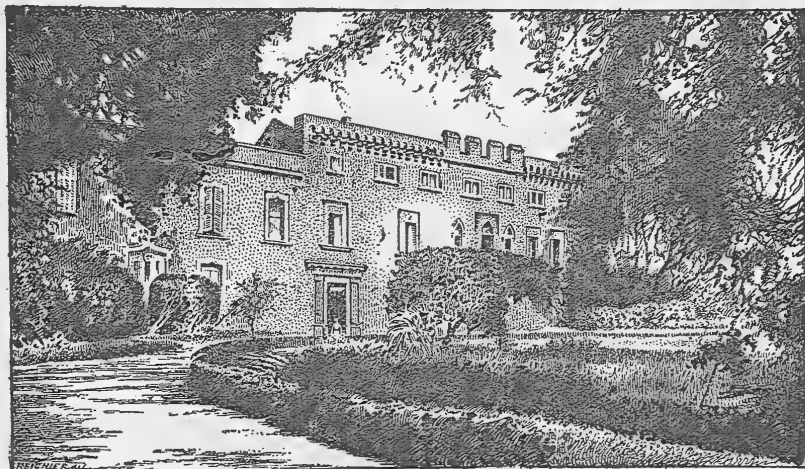
**Docteur A. MASQUIN, Directeur**

Tél. n° 1.

Traitement des Maladies du **SYSTÈME NERVEUX**  
et de la Nutrition, Convalescences  
**CURES de DÉSINTOXICATION**

Table de Régimes

**PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES**



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

**CONFORT MODERNE  
GRAND PARC**



**SÉJOUR D'ÉTÉ  
— ET D'HIVER —**

**PRIX MODÉRÉS**

**LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS**

EFFETS IMMÉDIATS DE LA MÉDICATION GARDÉNALIQUE, INSTITUÉE PAR VOIE  
HYPODERMIQUE ET RÉSERVÉE A TOUS LES CAS NE PERMETTANT PAS LA VOIE BUCCALE

EXCITATION PSYCHOMOTRICE

DÉLIRES AIGUS,  
ÉTHYLIQUES OU TOXIQUES

INSOMNIES DES ALIÉNÉS

# **Gardénal** **injectable** (VOIE SOUS-CUTANÉE)

DÉLIVRÉ EN SOLUTION  
DIRECTEMENT INJECTABLE

AMPOULES DE 1cc. CONTENANT  
0 Gr.20 DE GARDÉNAL DISSOUS  
DANS UN SOLVANT ORGANIQUE  
(BOÎTES DE 5 AMPOULES)

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE  
21, RUE JEAN-GOUJON PARIS (18<sup>e</sup>)





## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro*

# somnifène "roche"

à  
chacun

sa

dose

le plus maniable  
des hypnotiques  
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS

## INFORMATIONS

### CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AMIS DU RAISIN ET DU JUS DE RAISIN (Mardi 6 novembre 1934)

*Président* : M. le Professeur Marcel LABBÉ de l'Académie de Médecine.

*Commissaire général* : M. le Docteur LEGRAIN.

*Secrétariat* : 8, rue du Cardinal Mercier, Paris. Tél. : Trinité 25-18.

#### PROGRAMME

*Le raisin*, Richesse alimentaire, en qualité et quantité, par M. Gérard D'EAUBONNE, secrétaire général de la Fédération française des Stations Uvales.

*Le raisin aliment*, Etude physiologique, D<sup>r</sup> HEMMERDINGEE ; D<sup>r</sup> BUT-

(A suivre page d'annonces XX).

## ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine  
Médecins-Directeurs*

**VILLA MONTSOURIS**  
130, rue de la Glacière  
**PARIS**

Téléphone : Gobel. 05-40

**MARDI, VENDREDI**

**2 à 5**

**CHATEAU de l'ABBAYE**  
**VIRY-CHATILLON**  
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

**PARC : Huit Hectares**

**TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

— « PRIX MODÉRÉS » —

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

### BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --  
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

## MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

== près Neuchâtel, Suisse ==

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel**  
**Vaste parc de 30 hectares**

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

===== PROSPECTUS =====

## CONGRÈS INTERNATIONAL DES MÉDECINS AMIS DU RAISIN ET DU JUS DE RAISIN

(Mardi 6 novembre 1934)

(Suite)

TNER ; D<sup>r</sup> ZUNZ (Belgique) ; Raisin et Naturisme, D<sup>r</sup> DAUPHIN (Arles-sur-Rhône).

*Le raisin et l'enfant*, D<sup>r</sup> WETZEL (Munster).

*Le raisin et ses dérivés alimentaires*, D<sup>r</sup> NEYTCHÉF (Sofia). Présentation : Jus concentrés, conservés, raisins secs, cuisson, confiserie, pâtisserie.

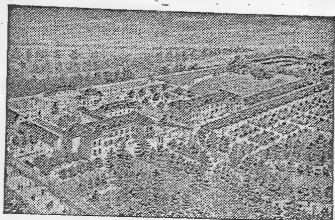
*Le raisin et la question des vitamines*, Mad. RANDOUIN ; Prof. MONTI (Italie).

*La diététique du raisin*, les régimes, Prof. LABBÉ ; D<sup>r</sup> BIRCHEN BRENNER (Suisse) ; D<sup>r</sup> REVILLIOD (Genève).

*Les cures de raisins*, règles fondamentales. D<sup>r</sup> ROUANET, Les Stations ; D<sup>r</sup> FENEYROU, Observations médicales ; D<sup>r</sup> BONDOUY ; D<sup>r</sup> LE-GRAIN (la cure uvale en Italie).

*L'avenir colonial du raisin*, D<sup>r</sup> SANTSCHI (Kairouan).

(A suivre page d'annonces XXII).



### VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent D<sup>r</sup> LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
Téléphone : 2-82.

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES

### Voyage Médical de Noël sur la Côte d'Azur

Le XI<sup>e</sup> Voyage médical international sur la Côte d'Azur, organisé par la Société médicale du Littoral méditerranéen français, aura lieu, comme de coutume, durant les vacances de Noël et du premier Janvier.

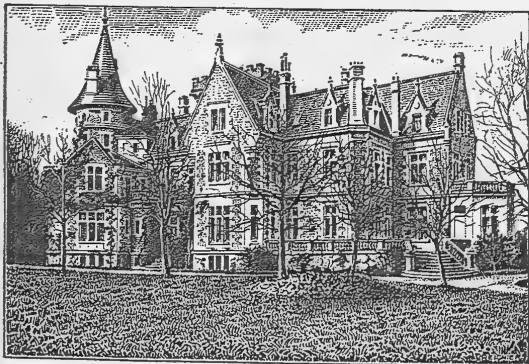
La concentration se fera à Nice. Du 26 au 30 décembre, les voyageurs visiteront : La Turbie et le Trophée d'Auguste récemment restauré ; Roquebrune et son château médiéval ; le Cap Martin et ses villas splendides ; Menton et les laboratoires du docteur Voronoff ; Monaco avec son palais princier et ses jardins célèbres ; le musée d'océanographie de l'Institut de France ; Monte-Carlo ; où les voyageurs seront les hôtes du Gouvernement de la principauté ; Beaulieu et sa flore tropicale ; le Cap Ferrat, Villefranche et sa rade.

(A suivre page d'annonces XXIII).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DHERS**

◆  
Climat toni-sédatif

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES

Voyage Médical de Noël sur la Côte d'Azur

(Suite)

De retour à Nice le 30 décembre, les voyageurs excursionneront dans les Alpes aux neiges éternelles (Breuil, 1.500 m.) par les gorges magnifiques du Cians et de Daluis. Ils parcourront ensuite Cagnes, cité des peintres ; Vence et ses sanatoria ; Grasse et ses fabriques de parfums ; Cannes enfin, perle de la Riviera. Dans une dernière journée, ils visiteront le Cannet, Juan-les-Pins, Antibes, son Cap et le plus beau belvédère des Alpes, Actinopolis, le golfe de Juan et Vallauris. Le 3 janvier une excursion facultative conduira les voyageurs dans la forêt de l'Estérel et au long de la Corniche d'Or, où ils verront Fréjus et ses monuments romains, Saint-Raphaël, Agay, Le Trayas et Théoule, parmi les rochers rouges et les calanques bleues.

(A suivre page d'annonces XXIV).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE



RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



**XV à XX gouttes
à chaque repas**

**XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)**

6, rue Abel • PARIS (12^e)

**ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication**

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES

Voyage Médical de Noël sur la Côte d'Azur

(Suite)

La direction scientifique du Voyage sera, comme de coutume, confiée à des professeurs. Des médecins et des historiens, spécialisés dans l'étude des régions visitées, assureront les démonstrations nécessaires. Tous les parcours seront effectués en autocars et les logements réservés dans les meilleurs hôtels. Des réceptions sont prévues dans la plupart des villes visitées.

Une cotisation forfaitaire minima couvrira toutes les dépenses, et les adhérents recevront des permis de parcours individuels à demi-tarif sur les chemins de fer français, valables un mois. Ecrire au secrétariat de la *Société Médicale*, 24, rue Verdi, à Nice, pour tous renseignements. Le nombre des places est limité.

(A suivre page d'annonces XXVI).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé
l'association **Passiflore-Cratægus** et la
seule qui ne contienne aucun toxique,
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit
chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG

2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC

de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

Confort Moderne

CHAMBRES

avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malaria-thérapie

MÉDECINS
SPÉCIALISTES

résidant
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

**NOVACÉTINE
PRUNIER**

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

**NEUROSINE
PRUNIER**

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Reconnu d'Utilité Publique (Décret du 15 Septembre 1916)

66, Boulevard Saint-Michel et 3, rue Auguste-Comte, Paris (VI^e)

Président Fondateur : † M. Léon Bourgeois

Président : M. André Honnorat

POUR L'HYGIÈNE SOCIALE

Un Manuel pratique et indispensable a été publié sous le titre :
« La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale »
(Editions de la Vie Saine, 36, rue des Artistes, Paris 14^e). Il contient
une belle préface du Professeur Calmette, membre de l'Institut et de
l'Académie de Médecine.

Cet ouvrage de 734 pages comporte de nombreuses illustrations.
Il renferme la documentation la plus récente et la plus complète qui
soit actuellement sur les questions d'éducation et de propagande d'Hy-
giène. Il est le *Manuel unique et indispensable* de tous ceux, hygié-

(A suivre page d'annonces XXVII).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

— DK —
-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Reconnu d'Utilité Publique (Décret du 15 Septembre 1916)

66, Boulevard Saint-Michel et 3, rue Auguste-Comte, Paris (VI^e)

(Suite)

Président Fondateur : † M. Léon Bourgeois

Président : M. André Honnorat

POUR L'HYGIÈNE SOCIALE

nistes ou éducateurs, qui se consacrent à la protection de la santé publique. Aucun ouvrage de ce genre n'avait encore été publié.

« La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale » constitue la véritable codification des principes de cette science nouvelle qu'est la propagande, mise au service de la médecine préventive, et le recueil méthodique des expériences les plus fécondes faites en ce domaine.

(A suivre page d'annonces XXVIII).



NEURINASE

*Amorce le
sommeil naturel*



Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

« L'ARGUS DE LA PRESSE »

« VOIT TOUT »

(Les plus anciens Bureaux d'Extraits de Presse du Monde Entier, fondés en 1879).

L'Argus vous tiendra au courant de ce qui paraîtra sur vos travaux, votre activité, votre firme, etc., etc., dans la presse mondiale. Correspondants dans toutes les grandes capitales.

Envoi du Bulletin d'abonnement, sur simple demande.

Tél. : Provence 16-14. 37, rue Bergère, IX^e (Faubourg Montmartre).

Établissement Médical de MEYZIEU (Isère)
Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :

Dr J. COURJON, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

Dr R. COURJON, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS

CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1934

MÉMOIRES ORIGINAUX

L. VAN BOGAERT. — Sur la pathologie de l'image de soi (Etudes anatomo-cliniques).....	519
J. LHERMITTE. — Les hallucinations visuelles au cours des syndromes pédonculaires. Leur origine et leur mécanisme.....	556
F. ACHILLE-DELMAS. — Psychose périodique et démence précoce.....	570
B. POMMÉ et J. DECHAUME. — Réflexions sur quatre observations de tumeurs cérébrales avec troubles mentaux précoces.....	581

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 novembre 1934

Correspondance	594
Paul COURBON et Louis MARS. — Eschares cutanées barbituriques : séquelle de la tentative de suicide d'une persécutée. 594	
P. GUIRAUD et N. AGADJANTAN. — Maladie d'Alzheimer ou ramollissement sylvien partiel ?	600
LAIGNEL-LAVASTINE, G. D'HEUCQUEVILLE et R.-A. SCHWOB. — Syndrome présénile, endocrinien et cérébral	606

LAIGNEL-LAVASTINE et A.-F. LIBER. — Ménin-go-encéphalite tuberculeuse à symptomatologie psychique pure. Un cas anatomo-clinique

611

Séance du lundi 26 novembre 1934

1^{re} SÉANCE

Décès du Dr René Semelaigne	615
Décès du Dr G. Gatian de Clérambault.	616
Décès du Dr Belletrud	617

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : Dr CHARLES GRIMBERT

INSTALLATION

DE

premier ordre

NOTICE

SUR DEMANDE



2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES

(SEINE)

TÉLÉPHONE: 5

MAISON DE SANTÉ MODERNE

POUR DAMES ET JEUNES FILLES

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

2^e SÉANCE

Adoption du procès-verbal	618
Correspondance	618
Déclaration de vacance de 4 places de membre titulaire	619
Commission des Finances	619
Election de 4 membres correspondants nationaux	619
Election de 3 membres associés étrangers	620
René CHARPENTIER. — Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal	620
CROUZON, FAURE-BEAULIEU et GENIL-PERRIN. — A propos d'un internement contesté	630
Th. SIMON. — De quelques formules peut-être imprudentes de certificats d'internement	642
H. BARUK et L. CAMUS. — Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale. Sa réalisation par certaines biles pathologiques de tubage duodénal. Action neuro-	

trope comparative de la bile humaine de tubage duodénal, et de la bile animale. Rôle respectif de leurs principaux constituants chimiques	646
H. BARUK et R. CORNU. — Schizophrénie et ictère	647
H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU. — L'anxiété biliaire. Données cliniques et expérimentales sur l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs (en particulier respiratoires)	653
J. LALANNE et J. DUMONT. — Sur un cas d'hallucinosse consécutive à une insolation	653
M. GAUTHIER. — Un cas d'éreutophobie et ses conséquences au point de vue militaire	658
FRIEBOURG-BLANC et LASSALE. — Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante	661

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 8 novembre 1934

ANDRÉ-THOMAS. — Sur les altérations du nerf phrénique dans la phrénicectomie par arrachement	662
G. HEUYER et Mlle Claire Vogt. — Spasmes toniques du cou post-encéphaliques avec	

troubles spasmodiques de la parole entraînant l'aphonie	662
J. HAGUENAU et Al. NEGREANU. — Poliomyélite antérieure chronique	663
H. SCHAEFFER et R. BIZE. — Torticollis spasmodique avec syndrome cérébello-pyramidal d'origine spécifique	663
P. MOLLARET, M. DAVID et M. AUBRY. — A propos	

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre :- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : **D^r BUSSARD**
MÉDECIN ASSISTANT : **D^r Paul CARRETTE**

✿
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
✿



Psycho-
névroses
✿
Intoxica-
tions
✿
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D^r MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. *  D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

- des difficultés de diagnostic entre certaines tumeurs frontales et les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. Méningiome de la région olfactive droite avec épreuve de Delmas-Marsalet positive des deux côtés et persistant après l'ablation de la tumeur 663
- P. MOLLARET et M. CACHIN. — La forme radiculo-cordonnale postérieure de la maladie de Friedreich. Ses analogies avec la maladie de Roussy-Lévy 663
- J. DECOURT, P. MATHIEU et L. MEYER. — Syndrome de sclérose latérale amyotrophique consécutif à une encéphalite léthargique 664
- Th. ALAJOUANINE, Th. DE MARTEL, THUREL et GUILLAUME. — Un cas de sciatique consécutive à une hémorragie tronculaire. Opération. Guérison 664
- DEREUX et SWYNGHEDAUW. — Pneumatocèle intra-cranienne; constatations opératoires . 664
- Th. ALAJOUANINE, Th. DE MARTEL, THUREL et GUILLAUME. — Deux cas de torticollis spasmodique guéris par l'opération de Mackensie. 664
- J. LHERMITTE, KULIKOWSKI, et J.-O. TRELLES. — Etude expérimentale sur les effets de l'intoxication par le diéthylphosphate de plomb sur le système nerveux 665
- G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Sur le noyau tangentiel de l'hypothalamus et ses connexions 665
- G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Sur la zone pré-optique 665
- E. KREBS, J. LEMOINE, G. LOISEL et P. BISSERY. — Observation anatomo-clinique d'un syndrome paralytique unilatéral des quatre dernières paires craniennes (syndrome condylo-dé-

chiré postérieur) seule traduction clinique d'une échinococcose primitive de l'os occipital 666

Société de Médecine légale de France

Séance du 12 novembre 1934

- Discussion de la communication de M. Vignes sur la « Thyroïdomanie » (séance du 8 octobre 1934) 666
- DUCOSTÉ et Mme FORTINEAU. — Fracture de la VI^e cervicale au cours d'une pendaison-suicide 667

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 octobre 1934

- P. BURTON et Aug. LEV. — Dystrophie cranio-faciale (maladie de Crouzon) dans une famille saine 668
- P. DIVRY. — Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus 669
- A. HOVEN. — Les psychoses colibacillaires . 669

Société belge de Neurologie

Séance du 27 octobre 1934

- L. VAN BOCAERT. — Maladie familiale du groupe des tremblements congénitaux 670
- J. LEV et G.-W. TORDEUR. — Alexie et agraphie d'évolution chez des jumeaux monozygotiques 670
- J. DE BUSCHER. — Méningiome intra-ventriculaire 671
- CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU. — Psammome des plexus choroïdes du ventricule latéral. 671

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

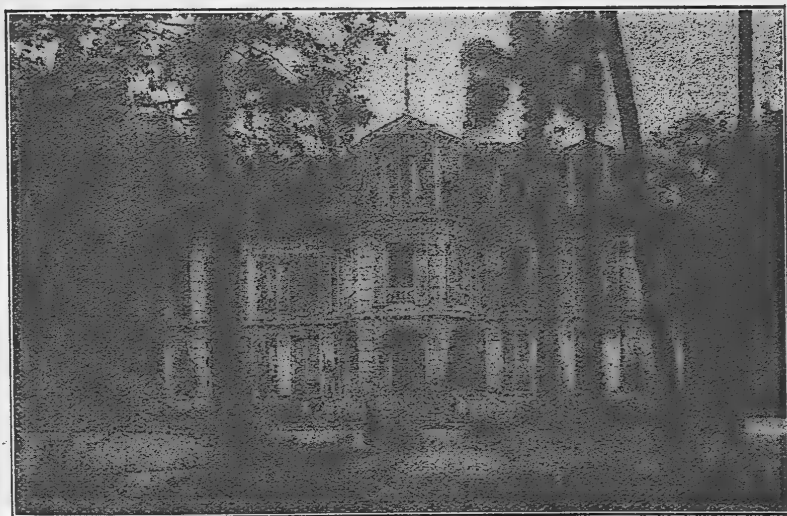
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XXX^e Session de l'Association des Médecins de langue française

(Québec, 27-30 août 1934)

LA PYRÉTHOTHÉRAPIE

PREMIER RAPPORT

Ch. RICHTER fils. — Généralités. Agents pyrétogènes. Biologie. Mode d'action 673

DEUXIÈME RAPPORT

H. ROGER. — Pyrétothérapie et affections du système nerveux 674

TROISIÈME RAPPORT

FRIBOURG-BLANC. — La pyrétothérapie dans les infections et les maladies de la nutrition et du sang 676

QUATRIÈME RAPPORT

A. HALPHEN et J. AUCLAIR. — Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes 678

CINQUIÈME RAPPORT

A. BESSEMAN. — Pyrétothérapie et pyrétoprophyxie antisyphilitique sous l'action des moyens thermogènes physiques 679

COMMUNICATIONS :

A. POROT. — Pyrétothérapie de choc dans les psycho-encéphalites aiguës graves 679
A. BAIRBEAU. — Bilan de 7 années de malaria-thérapie à l'Hôpital de Bordeaux (Canada) 679

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

H. EY. — Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal . 680

Thérapeutique.

M. BENVENUTI. — Le mécanisme d'action de la malariathérapie 682

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

M. LEVIN. — La pathogénie de la narcolepsie. Considérations sur le sommeil paralytique et le sommeil localisé 683

G.-G.-J. RADEMAKER et R. GARCIN. — Le réflexe de clignement à la menace (Etude psychologique et clinique) 683
HOUSTON, MERRITT et MERRILL MOORE. — La pupille d'Argyll-Robertson. Explication anatomophysiologique du phénomène avec un aperçu de sa présence dans la neuro-syphilis .. 684
L. CIAMPI. — La pathologie du langage pendant l'âge d'évolution 684
P.-G. SCHUBE. — L'encéphalographie dans les états mentaux anormaux avec diabète insipide 685
W.-T. PEYTON. — Etude du développement de la topographie cranio-cérébrale déterminée par la méthode orthoscopique 685

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE

SAINT-RÉMY

46, Bd Carnot

LE VESINET

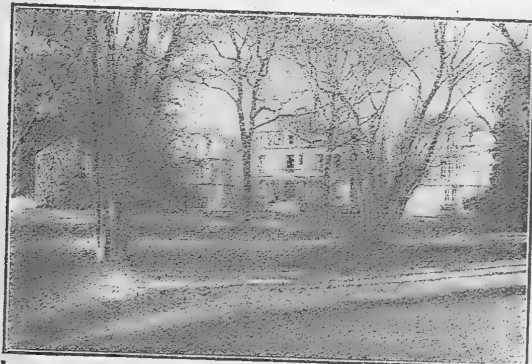
Tél. Régional 755 et 850

TRAITEMENT des affections
du Système nerveux
des intoxications et des mala-
dies de la nutrition

Repos - Convalescences - Régimes
ÉLECTROTHÉRAPIE - HYDROTHÉRAPIE

Dans banlieue agréable, paisible
et saine

Très belle installation modèle,
6 pavillons séparés dans un parc fleuri
de 2 hectares



Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec
S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
Excellent cuisine bourgeoise et de régimes.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

Médecin-Directeur : Dr P. ALLAMAGNY,
avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
et d'un médecin assistant

DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des G^{des} Alpes

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

THÉÂTRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

TOUS LES SPORTS

*Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse
Pêche — Canotage (5 km. du Lac)*

LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

TARTAKOWSKY, Dir. Général

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

W. FREEMAN. — Le diagnostic de la neuro-syphilis	685	R. ALBERCA-LORENTE. — Contribution à l'étude des « séquelles » de l'encéphalite épidémique	690
J. FROMENT. — Babinski, après Charcot et Duchenne de Boulogne, devant le problème de l'hystérie	685	J.-S. PATRIKIOS. — Les névrites en Grèce.	690
P. LARIVIÈRE. — Position actuelle du problème de l'hystérie	686	T. DOSUZZOV. — Les troubles du tonus musculaire dans l'encéphalite épidémique chronique	691
A. SALMON. — Le facteur organique dans la pathogénie des phénomènes hystériques	686	J. SEBEK. — Les modifications de la sensibilité dans le syndrome parkinsonien encéphalitique	691
H. BOURGEOIS. — Audition et hystérie	687	J. SEBEK. — Les troubles du système sympathique dans le syndrome parkinsonien encéphalitique	691
G. DUBOIS-ANDRÉ. — Interprétation de la neurasthénie et de ses différents symptômes	687	L. DE LISI. — Conceptions actuelles de physiopathologie du système extra-pyramidal	692
A. TOURNIAIRE et M. NOUGUIER. — Tension artérielle dans les névroses tachycardiques	687	J. TINEL. — La vaso-motricité cérébrale	692
G. DE BUSSCHER. — Tabès et agoraphobie (Réflexions sur les psychothérapies médicale et paramédicale)	688	Ottorino ROSSI. — Aspect moderne de vieux problèmes. Essai d'interprétations des encéphalopathies en foyer par troubles circulatoires	692
R. STRÖM-OBSEN. — La narcoïse par le sommeil; symptômes de l'intoxication et leur traitement par l'insuline	688	E. MONIZ, A. LIMA et D. FURTADO. — Troubles circulatoires du cerveau produits par des tumeurs cérébrales dans le voisinage du siphon carotidien	693
A. SUBIRANA. — Les syndromes vasculaires neurocutanés	688	Ph. PAGNIEZ. — A propos de la migraine	693
MARTI KAILA. — L'épilepsie traumatique peut-elle se produire comme séquelle d'une commotion cérébrale simple non compliquée ?	689	A.-E. KOULKOFF. — Hérédo-akinésie paroxysmique douloureuse	693
G. AGOSTINI. — Encéphalite épidémique chronique et épilepsie	689	A. FITTJALDI. — Contribution à l'étude de l'encéphalite post-vaccinale	694
M. DE MENNATO. — Etude clinique de la maladie de Parkinson traumatique et quelques observations pathogéniques sur l'hystérisme	689	L. BABONNEIX. — Encéphalites aiguës ruhéoliques	694
P. MICHON. — Encéphalite épidémique à forme vertigineuse	690	A. LEMIERRE et R. LAPLANE. — Néphrite azotémique et encéphalite précoces au cours d'une	

(Suite du sommaire page X).

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

Oléochryisine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

Allochryisine Lumière

Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

(Thiosulfate magnésien)

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :
LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : D^r O.-L. FOREL Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie. Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et in truit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et Pension (cures de repos) à partir de 20 francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et Pension (traitement médical compris) à partir de 30 francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

scarlatine	694	L. ROJAS. — Contribution à l'étude histopatho-	
L. MENCARELLI. — Contribution à l'étude des		logique et localisatrice de la catatonie dite	
encéphalopathies de la coqueluche	695	expérimentale	698
H. ROGER, P. SIMÉON et J. ALLIEZ. — Sclérose		M. PRADO Y SUCH. — Histopathologie de l'épi-	
en plaques ou infection grippale pneumococ-		lepsie essentielle	698
cique ?	695	L. TELATIN. — Hydrocéphalie expérimentale au	
M.-K.-A. SKWORTSOFF. — Syndrome de Kors-		moyen de lésions de la substance nerveuse	699
koff au cours du rhumatisme articulaire		G. ZANETTI. — Structure et histogénèse de la	
aigu	695	gomme cérébrale (3 ^e mémoire)	699
L.-A. GRANDALL et A. WEIL. — Pathologie du		Ch. DAVISON. — La xanthomatose et le système	
système nerveux central dans les maladies du		nerveux central (Syndrome de Schüller-Chris-	
foie. Expérimentation sur les animaux et		tian)	700
observations chez l'homme	695	I. CHUKRY. — Un cas de tumeur de Grawitz avec	
M.-A. TCHIGEOVA. — Un cas de raphanie ..	696	métastases cérébrales	700

Psychologie.

NOGALES PUERTAS. — Le substratum anatomo-	
physiologique de l'émotion	696
H. SIMONNET. — L'instinct combatif. Ses rap-	
ports avec l'instinct sexuel	696
Fr.-A. GEMELLI. — L'orientation lointaine dans	
le vol en avion	697

Anatomie.

S. RAMON Y CAJAL. — Neuronisme ou réticula-	
risme ?	697
F. CARDONA. — Etude sur le « gonflement »	
aigu de l'oligodendrogliose dans les psycho-	
ses	697
F. D'HOLLANDER et Ch. ROUVROY. — Etude sur la	
dégénérescence muqueuse dans le cerveau des	
démence précoce	698

L. LARRIVÉ et J. CHAILLET. — Peut-on admettre	
une conception biologique des maladies men-	
tales ?	701
A. JANICHEWSKI. — La conception biologique du	
sommeil	701
J. SANZ-IBANEZ. — Etude expérimentale sur le	
sommeil	701
G. COLUCCI. — Le glutatone de l'encéphale dans	
le sommeil expérimental	702
E. MECO. — Le tonus végétatif dans la Paralysie	
générale	702
Mme Helen HOPKINS. — Recherches chimiques	

(Suite du sommaire page XII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII^e), chez le D^r Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapie.

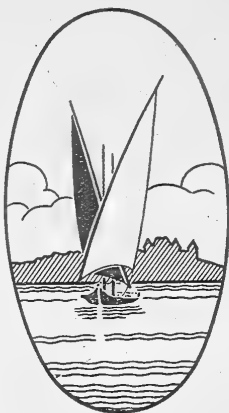
Directeurs : D^r Paul-Boncour, O. * et G. Albouy.



LA
MÉTAIRIE
NYON (SUISSE)
TÉLÉPHONE N° 26

Etablissement pour le diagnostic et le traitement des affections nerveuses. Désintoxications (alcool, morphine, cocaïne, etc.). Cures de repos et d'isolement. Rééducation. Convalescences. Régimes. Douches. Méthodes de traitement strictement individualisées. Par tradition, les frais de traitement sont modérés, le prix de pension est global, et les suppléments, s'il y a lieu, sont prévus d'avance.

ENTRE GENÈVE ET LAUSANNE



Nyon

D^r M. GUILLEREY, médecin en chef
Prof. - D^r O. LÖWENSTEIN
D^r R. DUBY, Madame D^r CALAME

**INSTITUT
MÉDICO-PSY-
CHOLOGIQUE
POUR ENFANTS
A NYON (SUISSE)**

Deux divisions complètement distinctes :

**I. Division clinique
neuro-psychiatrique**
pour l'examen de tous les cas présentant des troubles dont la nature reste à préciser.

**II. Division médico-
pédagogique** pour tous les cas justiciables d'une action pédagogique combinée au traitement médical: éducation spéciale, psychothérapie, individualisation de l'enseignement, orientation professionnelle.

CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&O.) -:- Dir. : D^r M. de CHABERT

Maison spéciale d'Education et de Traitement

POUR

ENFANTS ARRIÉRÉS

-:- Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) -:-

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'Instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés. La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'Instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

**Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.
Très belle vue sur la vallée de la Seine**

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D^r de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches
Téléphone : 226 CORBEIL

dans le syndrome épileptique. Cholestérolémie	702
Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et N.-K. KOANG. — L'épilepsie expérimentale chez le cobaye suivant la technique de Brown-Séquard	703
A. BOTELOHO. — Pression du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques	703
G. MARINESCO. — Recherches sur l'action de la mescaline	703
G. MARINESCO. — Visions colorées produites par la mescaline	703
E. MECO. — Action physiologique et thérapeutique de la bulbo-capnine chez l'homme ..	704
P. TULLIO et L. DI BELLA. — Recherches sur l'excitation des filaments et des centres nerveux à l'aide de champs électriques variables	704
F. PERNIOIA. — La géno-cuti-réaction chez les alcooliques chroniques	705

T. CORTESI et G. FATTOVITCH. — Recherches sur « le phénomène d'obstacle » de Donaggio. Mécanisme physico-chimique et signification biologique du phénomène	705
J. DE ANDRADE SILVA Jr. — Contribution à l'étude du métabolisme basal dans la schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive ..	705
M. LABBÉ et G. DREYFUS. — Maladie de Parkinson post-encéphalitique et trouble de la nutrition. L'élévation du métabolisme basal et les syndromes d'apparence basedowienne chez les parkinsoniens	705
Syödi SATÖ. — Recherches expérimentales sur la localisation des fonctions visuelles et auditives dans l'écorce cérébrale du lapin et du chat	706

Médecine légale.

H. PÉRES. — La schizophrénie latente et son importance médico-légale	706
--	-----

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	707
Centenaire de Magnan	707
Nécrologie	707
Asiles publics d'aliénés :	
Nécrologie	708
Honorariat	708
Nominations	708

Postes vacants	708
Académie de Médecine :	
Elections	708
Hygiène et prophylaxie :	
Comité National Suisse d'Hygiène mentale	709
Nécrologie : Alexandre Cullerre (1849-1934) ..	709

INFORMATIONS

Institut International d'étude des radiations solaires, terrestres et cosmiques XIV

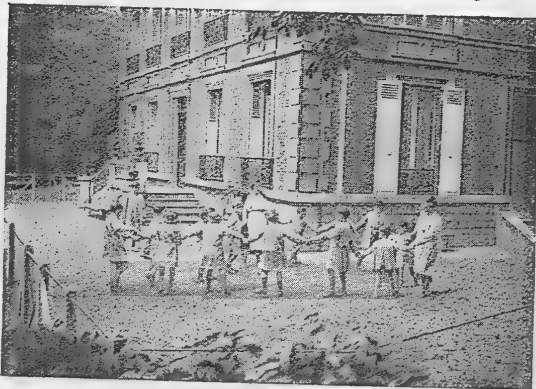
Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques (programme) XXIII

LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté
D^r **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

INFORMATIONS

INSTITUT INTERNATIONAL D'ÉTUDE DES RADIATIONS SOLAIRES, TERRESTRES ET COSMIQUES

Cette Association Internationale, créée en 1932, a inauguré, le 19 novembre 1933, son premier Poste à l'Observatoire de Nice (372 mètres d'altitude), avec le Concours de l'Université de Paris, à laquelle appartient cet Observatoire. D'autres Postes d'Études sont actuellement en voie d'installation, au niveau de la mer, et à 1.200 mètres d'altitude. Ces premiers Postes ont été situés dans la Région de Nice, en raison de la facilité exceptionnelle que donne son atmosphère particulièrement claire (55 journées d'observation diurne et nocturne en janvier et en février).

(A suivre, page d'annonces XVIII).

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)

Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU MIDI DE LA FRANCE

à **SAINT-DIDIER** (Vaucluse)

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

Docteur A. MASQUIN, Directeur

Tél. n° 1.

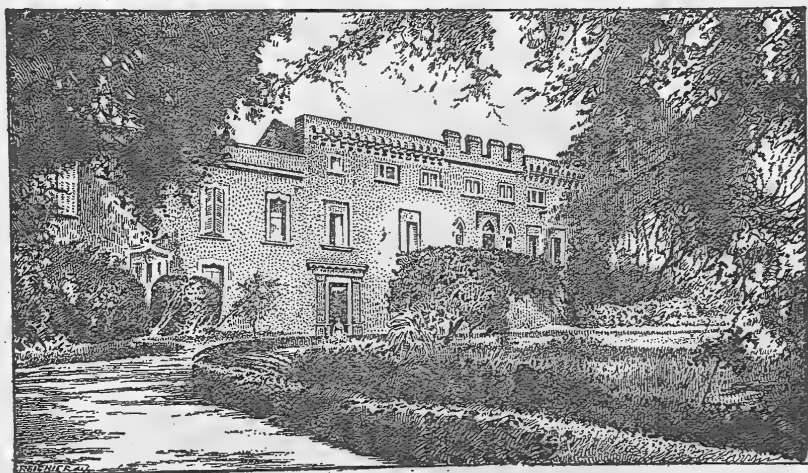
Traitement des Maladies du **SYSTÈME NERVEUX**

et de la Nutrition, Convalescences

CURES de DÉSINTOXICATION

Table de Régimes

PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

**CONFORT MODERNE
GRAND PARC**



**SÉJOUR D'ÉTÉ
— ET D'HIVER —**

PRIX MODÉRÉS

LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-l-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un
pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin

Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la
Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro

somnifène "roche"

à
chacun
sa
dose

le plus maniable
des hypnotiques
gouttes

réglable

à

volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C^{ie}
10 Rue Crillon PARIS

**INSTITUT INTERNATIONAL D'ÉTUDE
DES RADIATIONS SOLAIRES,
TERRESTRES ET COSMIQUES**

(Suite)

Les relations établies avec des Sociétés Astronomiques et Médicales, des Observatoires ou Laboratoires de toutes Nations, permettront d'associer, dans des Etudes communes, les Chercheurs appartenant à des spécialisations différentes. Le but principal de l'Association est, en effet, de relier de Observateurs divers (Astronomes, Météorologistes, Aviateurs, Physiciens, Médecins, Radiologues, Biologistes, Naturalistes, Agronomes, Horticulteurs, Eleveurs, Electriciens, Radiophonistes, Télégraphistes, Radiotelluristes, etc.), et d'unir leurs efforts, afin que, de leur collaboration, puissent naître des découvertes qui exigent un ensemble de connaissances, que chacun d'eux ne peut posséder seul.

(A suivre page d'annonces XX).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

===== *près Neuchâtel, Suisse* =====

**Traitement
des maladies
nerveuses
et mentales,
de l'alcoolisme,
des toxicomanies.**



**Installations
modernes**



Psychothérapie.



**Traitement
individuel.
Occasions variées
d'occupation
rationnelle
pour les
pensionnaires**

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares**

**Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat**

===== **PROSPECTUS** =====

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.

Entéro colites. Dysenterie.

Toutes les Diarrhées.

La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.

Rachitisme.

Déminéralisation.

Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.

Syndrome solaire.

Dyspepsie atonique.

Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.

Spasmes digestifs — Vomissements.

Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.

Syndromes post-encéphalitiques.

Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.

Tremblements.

Syndromes parkinsoniens.

Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.

Neurasthénie — Surmenage.

Anémie — Convalescence.

Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.

L'Anxiété — l'Agitation.

Les Dyspnées spasmodiques.

La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

INSTITUT INTERNATIONAL D'ÉTUDE
DES RADIATIONS SOLAIRES,
TERRESTRES ET COSMIQUES

(Suite)

La rapide évolution des Sciences issues de la connaissance des Radiations autorise à penser que cette liaison donnera des résultats immédiats et intéressants : elle en a, d'ailleurs, déjà donné, depuis la formation de l'Association. Celle-ci se préoccupe aussi de créer des Laboratoires et des instruments de recherches nouveaux, ainsi que d'assurer un Enseignement des Sciences qui ne peuvent encore trouver leur place dans le cadre des Etudes Classiques : cet Enseignement a été commencé le 15 décembre 1933.

Un *Bulletin* est envoyé à tous les Membres, annonçant les Orages

(A suivre page d'annonces XXII).

ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs*

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
— « PRIX MODÉRÉS » —

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

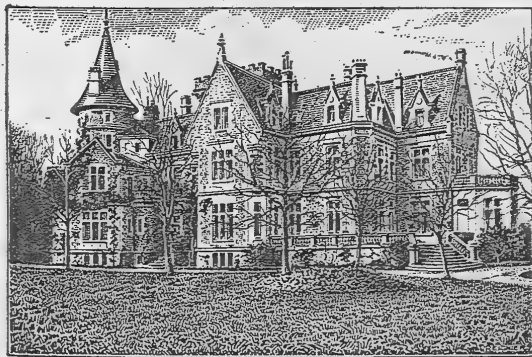
♦ ♦ ♦
**MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -**
♦ ♦ ♦

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
D^r Marcel DHERS
◆

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

**INSTITUT INTERNATIONAL D'ÉTUDE  
DES RADIATIONS SOLAIRES,  
TERRESTRES ET COSMIQUES**

(Suite)

Electro-Magnétiques et les Perturbations Atmosphériques, Humaines et Telluriques qui les accompagnent. Les comptes rendus des Réunions et des Travaux de l'Institut sont assurés par plusieurs publications. L'Institut édite également des Mémoires et des Travaux originaux sur les Radiations, leurs Effets Biologiques et Pathologiques, ainsi que sur les Sujets qui se rattachent à cet objet essentiel. Pour les conditions d'admission et tous autres renseignements, écrire au Directeur de l'Institut International d'Etudes des Radiations Solaires, Terrestres et Cosmiques, D<sup>r</sup> M. FAURE, 24, rue Verdi, à Nice.

(A suivre page d'annonces XXIII).

# CHATEAU DU BEL-AIR

**VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris**

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malaria-thérapie

**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**

**GROUPE LYONNAIS D'ÉTUDES MÉDICALES,  
PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES**

*Rue du Plat, 16, Lyon*

ONZIÈME ANNÉE (1934-1935)

**PROGRAMME**

*MÉDECINE ET ÉDUCATION*

*(2<sup>e</sup> série)*

INTRODUCTION. — *La part de l'hérédité et de l'éducation dans la formation du moi.*

M, André JOUVE.

Vendredi 16 novembre 1934, à 20 h. 30.

(A suivre page d'annonces XXIV).

-- PRODUITS --  
BIOLOGIQUES

**CARRION**

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8<sup>e</sup>

---

ANJOU 36-45 (2 lignes)

**- OPOTHÉRAPIE -**

Comprimés - Cachets - Perextraits injectables

-- -- Associations pluriglandulaires -- --



**- ANTASTHÈNE -**

-- Ampoules - ASTHÉNIES - Comprimés --

L. CUNY, Docteur en Pharmacie

## GROUPE LYONNAIS D'ÉTUDES MÉDICALES, PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES

Rue du Plat, 16, Lyon

(Suite)

I. — *Comment l'enfant normal acquiert-il la maîtrise du langage ?*

Docteur FROMENT, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Vendredi 30 novembre 1934, à 20 h. 30.

II. — *Les retards du langage. Comment et dans quelle mesure peut-on y remédier ?*

Mlle le Docteur FEYEU.

Vendredi 14 décembre 1934, à 20 h. 30.

III. — *Le problème de l'activité psychique de l'écolier, attention, mémoire.*

Docteur PÉHU, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Vendredi 11 janvier 1935, à 20 h. 30.

(A suivre page d'annonces XXVI).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

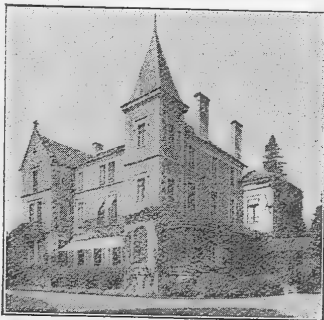
FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.



Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

### SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSÉ**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE  
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

# La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé  
l'association **Passiflore-Cratægus** et la  
seule qui ne contienne aucun toxique,  
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit  
chimique (dérivés barbituriques)

**Laboratoire G. RÉAUBOURG**

2, Rue Boucicaut -- PARIS

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D<sup>r</sup> Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## GROUPE LYONNAIS D'ÉTUDES MÉDICALES, PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES

Rue du Plat, 16, Lyon

(Suite)

IV. — *Equilibre endocrinien et équilibre nerveux de l'enfant.*

Docteur MOURIGUAND, Professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Médecine de Lyon.

Vendredi 25 janvier 1935, à 20 h. 30.

V. — *Les signes avant-coureurs des psychoses infantiles.*

Docteur MESTRALLET, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Saint-Jean-de-Dieu.

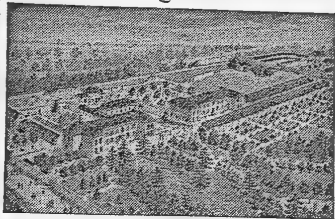
Vendredi 8 février 1935, à 20 h. 30.

VI. — *Les problèmes médicaux et psychologiques de l'éducation des filles.*

Docteur René BIOT, ancien Chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Vendredi 22 février 1935, à 20 h. 30.

(A suivre page d'annonces XXVII).



## VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

**GROUPE LYONNAIS D'ÉTUDES MÉDICALES,  
PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES**

*Rue du Plal, 16, Lyon  
(Suite)*

VII. — *Le problème médical de l'orientation professionnelle.*

Docteur MAZEL, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Vendredi 8 mars 1935, à 20 h. 30.

VIII. — *Esquisse d'un plan d'éducation intégrale.*

M. l'abbé DOUILLET, Supérieur de l'Institution Robin, Vienne (Isère).

Vendredi 22 mars 1935, à 20 h. 30.

Le Professeur G. MARANON, de Madrid, donnera cet hiver une conférence sur ses travaux d'endocrinologie et de sexologie. La date en sera fixée ultérieurement.

*La salle où auront lieu les conférences est située 53 bis, rue Sala*

*(A suivre page d'annonces XXVIII).*

---



**simple, sûr, sans danger**

*Échantillons & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---

## « L'ARGUS DE LA PRESSE. »

---

**L'ARGUS DE LA PRESSE**, Doyen des Bureaux d'extraits de Presse, prépare la Septième édition de « **NOMENCLATURE des JOURNAUX et REVUES en LANGUE FRANÇAISE PARAISSANT dans le MONDE ENTIER** ».

Ce sera un volume très documenté de plus de 1.300 pages.

Les Journaux et Périodiques qui désirent y figurer peuvent s'adresser à **L'ARGUS**,

37, rue Bergère, PARIS

---

---

### **Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)** **Près LYON**

*Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON*

---

#### **MÉDECINS-PROPRIÉTAIRES :**

**Dr J. COURJON**, ex-Interne des asiles de la Seine, Médecin des asiles ;

**Dr R. COURJON**, Médecin des asiles, Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Un médecin-adjoint

### **MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

**NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS**

**CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT**

---

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*



## SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1934

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- H. BARUK et L. CAMUS. — Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale.. 711
- L. VAN BOGAERT. — Sur la pathologie de l'image de soi (Etudes anatomo-cliniques)..... 744
- J.-O. TRELLES. — A propos d'un cas anatomo-clinique de maladie de Friedreich avec troubles mentaux..... 760
- P. OSTANCOW (de Léningrad). — Le signe du miroir dans le démente précoce. 787

### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du jeudi 13 décembre 1934*

Correspondance ..... 791  
P. MOLLARET et D. LAGACHE. — Syndrome de

Weber centro-latéral et accès délirant mnésique au cours d'une épilepsie bravais-jacksonienne gauche d'origine trau-

(Suite du sommaire page II).

## CHATEAU DE L'HAY-LES-ROSES

DIRECTEUR : **D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD**

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin adjoint : **D<sup>r</sup> CHARLES GRIMBERT**

❖  
INSTALLATION

DE  
premier ordre

—  
NOTICE  
SUR DEMANDE



❖  
2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES

(SEINE)

—  
TÉLÉPHONE : 5



**MAISON DE SANTÉ MODERNE  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES**

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, CURES DE DÉSINTOXICATIONS, DE REPOS ET DE RÉGIMES

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| matique (fracture du rocher) ; action thérapeutique du cyanure d'hydrargyre.                | 791 |
| L. MARCHAND et R. MICOUR. — Epilepsie psychique traumatique .....                           | 798 |
| P. COURBON et L. MARS. — Abolition de la spontanéité psychique par alcoolisme               | 802 |
| P. COURBON et L. MARS. — Troubles mentaux et lésions phagédéniques multiples .....          | 807 |
| M. CARON et P. SIVADON. — Interréaction psychopathique chez deux sœurs schizo-phrènes ..... | 812 |

*Séance du mardi 18 décembre 1934*

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Assemblée générale .....                                                                                 | 817 |
| Adoption du procès-verbal .....                                                                          | 817 |
| Correspondance .....                                                                                     | 817 |
| Prolongation du délai de candidature à une place déclarée vacante de membre titulaire non résidant ..... | 818 |
| Legs Christian .....                                                                                     | 818 |

|                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Rapport de la Commission des finances                                                                                     | 818 |
| Rapport du Secrétaire général .....                                                                                       | 819 |
| Augmentation de la cotisation .....                                                                                       | 821 |
| Frais de publication du <i>Bulletin</i> de la Société .....                                                               | 821 |
| Election du Bureau pour l'année 1935.                                                                                     | 821 |
| Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1935 .....                                                         | 822 |
| Conseil d'administration .....                                                                                            | 823 |
| Commission des finances .....                                                                                             | 823 |
| Election de 4 membres correspondants nationaux .....                                                                      | 823 |
| Election de 5 membres associés étrangers .....                                                                            | 823 |
| X. ABÉLY. — Les mesures de sûreté dans le nouveau projet de code pénal .....                                              | 824 |
| J. PICARD et H. EY. — Avantages du projet de loi portant refonte du code pénal dans les cas de responsabilité atténuée .. | 832 |
| HYVERT, STOERR, G. et M. COHN. — Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce d'apparition récente    | 840 |

(Suite du sommaire page IV).

# MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : **D<sup>r</sup> BUSSARD**  
MÉDECIN ASSISTANT : **D<sup>r</sup> Paul CARRETTE**

❖  
**Maladies**  
**du**  
**Système**  
**nerveux**  
**et de la**  
**Nutrition**  
❖



**Psycho-**  
**névroses**  
❖  
**Intoxica-**  
**tions**  
❖  
**Convales-**  
**cences**

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* \* D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 décembre 1934

- LAIGNEL-LAVASTINE, R. BONNARD et M. GAUTIER. — Syndrome de Claude-Bernard-Horner traumatique avec maladie de Dupuytren et anxiété paroxystique par aérophagie ..... 850
- ANDRÉ-THOMAS et SOREL. — Interventions chirurgicales pour syndrome de Wolkmann..... 850
- J. LHERMITTE et P. CHASTENET DE GÉRY. — Torticolis spasmodique ayant débuté par un spasme des occulogyres ..... 850
- LARUELLE. — Hyperpnée expérimentale..... 851
- BAUDOIN et PUECH. — Syndrome acromégalyque au cours d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ..... 851
- M.-P. WEIL, V. OUMANSKY et P. KLOTZ. — Syndrome amaurotique hypertensif..... 851
- Th. ALAJOUANINE, THUREL et BOULEY. — Deux cas de poliomyélite antérieure chronique à prédominance cervico-brachiale. Etiologie syphilitique vraisemblable de l'un des cas..... 852
- LAIGNEL-LAVASTINE, R. SCHWOB et H. GALLOT. — Deux cas de syndrome neuro-anémique... 852
- J. LHERMITTE et BARRELET. — Embolie gazeuse

- cérébrale d'origine périphérique. Etude anatomique ..... 852
- G. ROUSSY et M. MOSINGER. — La substance innominée de Reichert et ses connexions..... 853
- J.-A. CHAVANY. — Cypho-scoliose et paraplégie. A propos d'un cas de cypho-scoliose compliqué de paraplégie ..... 853
- H. BARUK et G. POUMEAU-DELILLE. — Crises de catalepsie avec aphasie, apraxie, perturbations instinctives, mort en état de mal cataleptique ..... 853
- H. BARUK et G. POUMEAU-DELILLE. — Un cas d'ataxie aiguë polynévritique curable avec dissociation albumino-cytologique ..... 853
- P. PUECH et J.-A. CHAVANY. — Le traitement chirurgical des abcès encapsulés du cerveau. A propos de deux cas dont les abcès ont été enlevés, d'un seul bloc, sans les ponctionner ni les ouvrir. Guérison actuelle ..... 854
- G. HEUYER, J. LHERMITTE et Mlle C. VOGR. — Forme familiale de l'encéphalite périaixille diffuse (maladie de Schilder). Observation anatomoclinique ..... 854
- P.-R. BIZE. — Acromégaly et syndrome adiposogénital. Morphologie radiologique gastro-colique ..... 854

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

:- DIVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS  
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

## Société de Médecine légale de France

Séance du 10 décembre 1934

PIÉDELIEVRE. — A propos des gauchers (discussion) ..... 855

## Société française de Psychologie

Séance du 20 novembre 1934

R. BAYER. — La signification psychologique des modalités du Beau ..... 856

Séance du jeudi 20 novembre 1934

G. DWELSHAUVERS. — Recherches expérimentales sur l'Imagination ..... 856

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 novembre 1934

- H. CALLEWAERT et J. TITECA. — Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une encéphalite ..... 857
- G. VERMEYLEN et J. HEERNU. — Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol..... 858
- P. DIVRY et E. EVRARD. — Hypertélisme fruste chez un épileptique..... 858
- G. VERMEYLEN et AUDIT. — Développement intellectuel et milieu ..... 858
- P. DIVRY. — De certaines altérations cylindricales dans la démence sénile..... 859

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 24 novembre 1934

VAN LINT et L. VAN BOGAERT. — Cas isolé de dysostose cranio-faciale (maladie de Crouzon) ..... 860

- VAN LINT et L. VAN BOGAERT. — Cas familial apparenté à la maladie de Laurence-Moon-Biedl ..... 860
- H. COPPEZ. — Les symptômes oculaires du status dysraphicus ..... 861
- J. FRANÇOIS. — Contribution à l'étude des arachnoïdites opto-chiasmatiques ..... 861
- A. FRITZ. — Tension des vaisseaux rétiens en neurologie. Acquisitions récentes..... 862

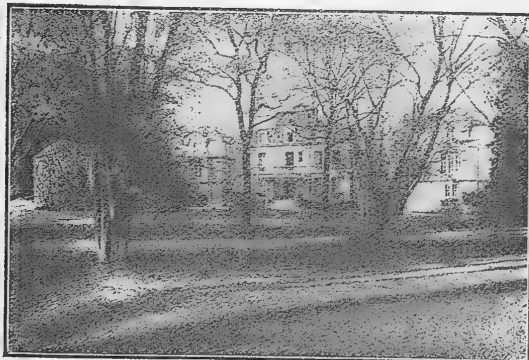
(Suite du sommaire page VIII).

# CLINIQUE MÉDICALE SAINT-RÉMY

## LE VESINET

46, Bd Carnot

Tél. Régional 755 et 850



**TRAITEMENT des affections du Système nerveux des intoxications et des maladies de la nutrition**

**Repos - Convalescences - Régimes**  
ÉLECTROTHÉRAPIE - HYDROTHÉRAPIE

Dans banlieue agréable, paisible et saine

Très belle installation modèle,  
6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
Excellente cuisine bourgeoise et de régimes.

**NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS**

Médecin-Directeur : D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY,  
avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves et d'un médecin assistant

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Neuro-psychiatrie.

- Ch. FLANDIN, J. BERNARD et F. JOLY. — L'intoxication par les somnifères (intoxication barbiturique) ..... 863
- J. OMBRAS. — Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques curables ..... 864
- H. LE SAVOUREUX. — Bergsonisme et neurologie ..... 864
- G. MODENA. — La morbidité par maladies mentales en Italie dans les trois années 1926-1927-1928 ..... 865
- V. DIMITRI. — Les aphasies ..... 865

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

- H. CLAUDE. — Variétés et valeur sémiologique du syndrome hallucinatoire ..... 866
- J. LHERMITTE. — Les hallucinations et le rêve. Etude clinique et pathologique ..... 866
- M.-F. HAUSMANN. — Méthode de démonstration objective de la difficulté de penser ..... 867
- H.-A. PASKIND. — Héritéité des malades atteints de psychasthénie [Janet, Raymond] ..... 867
- A. CONDOMINE. — Sadisme révélé par l'excitation éthylique chez un timide sexuel ..... 867

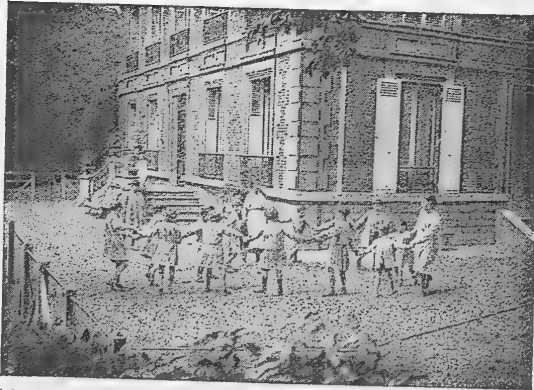
- E.-A. BENNET. — La psychopathologie des perversions sexuelles ..... 868
- J.-A. HADFIELD. — Quelques aspects de la psychopathologie des perversions sexuelles ..... 868
- L. CERONI. — Contribution à la psychologie de la douleur morale ..... 868
- F. DANCENIS. — L'émotivité, l'anxiété et l'angoisse. Quelques précisions à leur sujet... 868
- G.-E. DANIELS. — Etudes de clinique médicale et Psychiatrie ..... 869
- CAZANOVE. — Les conceptions magico-religieuses des indigènes de l'Afrique Occidentale Française. Leur importance en médecine mentale et sociale ..... 869
- P. PONTA. — L'âge des parents dans les maladies mentales ..... 869
- F.-C. LENDRUM. — Un millier de cas de tentatives de suicide ..... 870
- D. PLOUFFE et E. LEGRAND. — Les raptus mélancoliques. Etude médico-légale ..... 870
- I. IMBER. — Observations sur l'évolution d'un cas de psychose maniaque-dépressive ..... 870
- M.-F. BREW. — Causes favorisantes dans la psychose maniaque-dépressive ..... 870
- H. CLAUDE et J. LÉVY-VALENSI. — Un schizophrène dans « La Comédie Humaine » ..... 871
- C. BERLUCCI. — De la psychologie du schizophrène et de la formation des délires chroniques ..... 871
- G.-E. SOUCHAREW. — Contribution au problème  
(Suite du sommaire page X).

## LA ROSERAIE DE NEUILLY

12, Bd du Château, Neuilly-sur-Seine

Téléphone Maillot 20-92

### CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE



Centre médico-pédagogique pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux ou des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Docteur Suzanne Serin.

Internat, Externat, Cours spéciaux de gymnastique rythmique et médicale par spécialistes.

Seuls sont admis les enfants améliorables des deux sexes âgés de 4 à 14 ans.



# DIVONNE-LES-BAINS

(AIN)

519 m. d'altitude -:- 18 km. de Genève

---

## LA STATION FRANÇAISE DES NERVEUX

au pied du Jura, en face des G<sup>des</sup> Alpes

---

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE et GRANDS HOTELS

dans un Parc de 100 Hectares

---

### Hydrothérapie -- Psychothérapie

Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes

Massothérapie - Electrothérapie - Radiologie

---

## THÉÂTRE, CONCERTS, PARC pour ENFANTS

---

### TOUS LES SPORTS

Golf 18 trous — Tennis — Centre d'excursions — Chasse

Pêche — Canotage (5 km. du Lac)

---

### LES GRANDS HOTELS

HOTEL DU GOLF, première réalisation hôtelière

dans la suppression totale des bruits

HOTEL CHICAGO et le GRAND HOTEL

---

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

TARTAKOWSKY, Dir. Général

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| des rémissions au cours des formes légères de schizophrénie .....                                                                                     | 872 |
| I. IMBER. — Sur l'action psycho-motrice de l'alcool dans la schizophrénie.....                                                                        | 873 |
| E. ZARA. — Recherches sur le texte d'inhibition dans la schizophrénie.....                                                                            | 873 |
| B.-I. LINDBERG. — Recherches sur la réaction myo-dystonique dans la schizophrénie .....                                                               | 873 |
| R.-G. HOSKINS et F.-H. SLEEPER. — Les fonctions organiques dans la schizophrénie.....                                                                 | 873 |
| J. KASANIN. — Les psychoses schizo-affectives aiguës .....                                                                                            | 874 |
| K.-M. BOWMAN et J. KASANIN. — Schizophrénie constitutionnelle .....                                                                                   | 874 |
| L. WYRSCH. — De la schizophrénie chez les épileptiques .....                                                                                          | 875 |
| H. BARUK et D. LAURENT. — La phase somatique prodromique de la démence précoce .....                                                                  | 875 |
| Mlle C. PASCAL. — Le brouillard étiologique de la démence précoce s'est-il dissipé ? .....                                                            | 875 |
| A. MAZZA. — De l'étiologie de la démence précoce .....                                                                                                | 876 |
| P.-J. REITER. — Psychoses de motilité.....                                                                                                            | 876 |
| F. GUERNER et S. RIBIERO DE SOUZA. — Contribution à la classification des perturbations mentales des formes prolongées d'encéphalite épidémique ..... | 876 |
| H. CLAUDE et H. EX. — Troubles psycho-sensoriels et états oniriques dans l'encéphalite épidémique chronique .....                                     | 876 |
| J.-M. SACRISTAN. — Les psychoses atypiques de l'encéphalite chronique .....                                                                           | 877 |

|                                                                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Psychose hallucinatoire chez un trypanosomié.....                                                                                          | 877 |
| Mme G.-P. POPOWA. — Contribution à la question des psychoses de la malaria.....                                                                                              | 878 |
| KRIVY et K. MATULAY. — Remarques touchant les modifications qualitatives du tableau clinique chez les paralytiques généraux au cours et à la suite du paludisme inoculé..... | 878 |
| N. KOPELOFF et N. BLACKMAN. — Présence de spirochètes dans les cerveaux de paralytiques traités par la malaria.....                                                          | 879 |
| R.-M. STEWART. — Types juvéniles de paralysie générale .....                                                                                                                 | 879 |
| Z. ESMERALDO. — Paralysie générale et traumatisme .....                                                                                                                      | 879 |
| K. KUBO et R. HATTORI. — La paralysie générale en Corée .....                                                                                                                | 880 |
| A.-M. SIERRA. — Etat actuel du problème des démences séniles : La démence sénile typique .....                                                                               | 880 |
| G.-L. FRANCESCONI. — Les psychoses séniles .....                                                                                                                             | 880 |
| C. WORSTER-DROUGHT, T.-R. HILL et W.-H. Mc MENEMEY. — Démence présénile familiale avec paralysie spastique .....                                                             | 881 |

## Neurologie.

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| T. FAY et H.-B. GOTTEN. — Observations cliniques sur la valeur du signe d'Hoffmann. ....                            | 881 |
| D. NOICA. — Sur les récentes acquisitions de la physiologie normale et pathologique de l'appareil cérébelleux ..... | 882 |

(Suite du sommaire page XII).

# CHATEAU DES COUDRAIES

ÉTIOLLES (S.-&O.) --: Dir. : D<sup>r</sup> M. de CHABERT  
Maison spéciale d'Éducation et de Traitement  
POUR  
ENFANTS ARRIÉRÉS

--: Fondée en 1847 (Ancienne Institution d'Eaubonne) --:

Etablissement absolument spécial, répondant à toutes les exigences que réclament l'instruction, l'éducation et le traitement des anormaux intellectuels à tous les degrés. La collaboration étroite du Professeur et du Médecin, l'individualisation des procédés d'instruction, la pratique régulière de l'hydrothérapie, des sports de plein air et des exercices physiques, la vie toute familiale, permettent d'établir un système d'éducation absolument rationnel.

L'organisation extrêmement souple s'adapte parfaitement aux besoins individuels de chaque élève. — Les Professeurs sont nombreux et spécialisés. — Les élèves sont répartis en catégories absolument distinctes. — L'établissement ne reçoit que les garçons.

Magnifique parc de 5 hectares adossé à la Forêt de Sénart.  
Très belle vue sur la vallée de la Seine

Très grand confort. — Eau courante chaude et froide, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, etc.

Station d'Evry-Petit-Bourg à 40 minutes de Paris Gare de Lyon  
Ligne Paris à Corbeil, P.-L.-M., à 1 kil. de la propriété.

Le D<sup>r</sup> de Chabert reçoit de 2 heures à 5 heures sauf les jeudis et dimanches  
Téléphone : 226 CORBEIL

# CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX :** Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
*Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis*

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

## TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

### Oléochrysine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

### Allochrysine Lumière

Sel organique d'or

**DÉSENSIBILISATIONS** omnivalentes **NON SPÉCIFIQUES**

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

**EMGÉ LUMIÈRE**

ab ore  
voie veineuse  
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

## BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :  
**LABORATOIRES LUMIÈRE**, 45, Rue Villon, LYON

|                                                                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G.-G.-J. RADEMAKER et R. GARCIN. — L'épreuve d'adaptation statique (suite à l'étude de quelques réactions des extrémités d'origine labyrinthique) .....                       | 882 |
| O. JANOTA. — Contribution à l'étiologie de la paralysie des mouvements associés des yeux des deux côtés .....                                                                 | 882 |
| L.-J.-J. MUSKENS. — La base anatomique des positions forcées des yeux, soi-disant paralysies du regard .....                                                                  | 882 |
| ANDRÉ-THOMAS, H. SCHAEFFER et I. BERTRAND. — Paralysie de l'abaissement du regard. Paralysie des inférogynes. Hypertonie des supérogynes et des releveurs des paupières ..... | 883 |
| J. NICOLESCO. — A propos de l'organisation des centres proprioceptifs de l'axe médullo-bulbo-ponto-mésencéphalique .....                                                      | 883 |
| L. CAUSSADE et P. MICHON. — L'ictus laryngé non tabétique .....                                                                                                               | 883 |
| A. TORKILDSEN et W. PENFIELD. — Interprétation ventriculographique .....                                                                                                      | 884 |
| LÉVY-SOLAL et DE PARIENTE. — Rôle du terrain dans l'éclampsie puerpérale .....                                                                                                | 884 |
| E. LEDOUX et G. JACQUOT. — Les hémiplegies et les aphasies transitoires des cardiaques .....                                                                                  | 884 |
| H. ROGER. — Diagnostic des paraplégies flasques .....                                                                                                                         | 884 |
| R. FISCHER et G. DE MORSIER. — Hématome sous-dural chronique post-traumatique. Opération, guérison .....                                                                      | 885 |
| H.-M. ZIMMERMAN et W.-J. GERMAN. — Tumeurs colloïdes du 3 <sup>e</sup> ventricule .....                                                                                       | 885 |
| E.-B. FINK. — Tumeurs malignes de l'hypophyse                                                                                                                                 |     |

|                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| envahissant le diencéphale. Etude clinique et pathologique de 4 cas sans acromégalie .....                                                                                                                        | 885 |
| K. HENNER. — Premiers signes cérébelleux dans les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Syndrome cérébelleux hétérolatéral .....                                                                                  | 885 |
| L. VAN BOGAERT et I. BERTRAND. — Les leuco-dystrophies progressives familiales .....                                                                                                                              | 886 |
| P. MARTIN et L. VAN BOGAERT. — A propos d'un cas de tumeur encéphalo-médullaire .....                                                                                                                             | 886 |
| M. POTET. — Le syndrome de l'hémiballisme .....                                                                                                                                                                   | 886 |
| Mme A.-I. ZAIZWA. — De l'atteinte de la moelle dans l'actinomycose .....                                                                                                                                          | 887 |
| DESSERT, F. GAUD et TESSIER. — Cinq cas d'acrodynie .....                                                                                                                                                         | 887 |
| W.-G.-S. SMITT et B.-G. ZIEDESSE DES PLANTES. — Dysostoses cranio-faciales .....                                                                                                                                  | 887 |
| G. GUILLAIN et P. MOLLARET. — Considérations cliniques et physiologiques sur la maladie de Friedreich. L'hérédité-dégénération spino-cérébelleuse .....                                                           | 887 |
| A. DEL CANIZO, J.-H. D'ORS et J.-L. ALVAREZ-SALA. — Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich .....                                                                                                      | 888 |
| H. DARRÉ, P. MOLLARET et Mlle IANDOWSKI. — La maladie de Roussy-Lévy n'est-elle qu'une forme fruste ou qu'une forme abortive de la maladie de Friedreich ? Intérêt des examens labyrinthique et chronaxique ..... | 888 |
| I. BERTRAND et F. SMITH. — Sur un type spécial d'atrophie croisée du cervelet .....                                                                                                                               | 888 |
| L. CORNIL et M. MOSINGER. — Sur les troubles vaso-moteurs périphériques dans les traumatismes médullaires .....                                                                                                   | 889 |

(Suite du sommaire page XIV).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). **Téléphone :** *Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. **Téléphone :** Elysées 32-36.

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapie.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

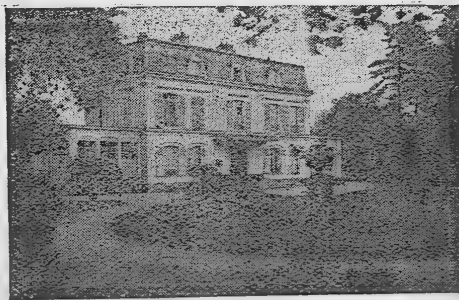
Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté  
D<sup>r</sup> PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux

|                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J.-A. CHAVANY. — L'hématomyélie traumatique .....                                                                      | 889 |
| ANDRÉ-THOMAS, H. SCHAEFFER et HUC. — Spondylite traumatique avec ostéoporose étendue du rachis chez un tabétique ..... | 889 |
| ANDRÉ-THOMAS, L. SORREL et Mme SORREL-DÉJÉRINE. — La paraplégie scoliotique (à propos d'un cas suivi d'autopsie) ..... | 889 |
| Th. ALAJOUANINE et G. MAURIC. — L'évolution des arthropathies nerveuses et quelques-uns de leurs                       |     |

|                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| aspects particuliers topographiques et évolutifs (arthropathie des petites articulations des doigts ou des orteils, forme pseudo-phlegmoneuse des arthropathies) ..... | 890 |
| MERKLEN, H. GOUNELLE et L. ISRAËL. — Ménigite cérébro-spinale. Début par syndrome purpurique abdominal ; troubles de la glycorégulation .....                          | 890 |
| P. HARVIER et J. DECOURT. — Sur un cas de myotonie atrophique, avec bradycardie, polyurie et obésité .....                                                             | 890 |

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Séances .....                                           | 891 |
| Hommage d'une médaille au Professeur Pierre Janet ..... | 891 |
| Asiles publics d'aliénés :                              |     |
| Nomination .....                                        | 892 |
| Postes vacants .....                                    | 892 |
| Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police :       |     |
| Nomination .....                                        | 892 |

### Académie de Médecine :

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Prix décernés par l'Académie de Médecine en 1934 .....                             | 893 |
| Hygiène et Prophylaxie :                                                           |     |
| Projet d'une Société Internationale de Prophylaxie criminelle .....                | 893 |
| Assistance :                                                                       |     |
| Organisation des Services de Psychiatrie du Gouvernement général de l'Algérie .... | 894 |
| Nécrologie : René Semelaigne (1835-1934) ....                                      | 904 |

## INFORMATIONS

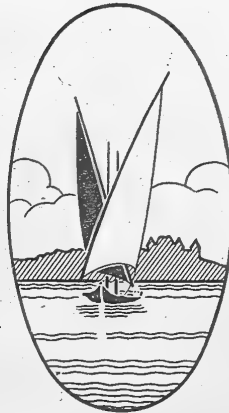
XX<sup>e</sup> Croisière médicale franco-belge, Egypte-Palestine-Syrie (Pâques 1935) ..... XVIII

Annales roumaines de Psychologie..... XXIV

### LA MÉTAIRIE NYON (SUISSE) TÉLÉPHONE N° 26

Etablissement pour le diagnostic et le traitement des affections nerveuses. Désintoxications (alcool, morphine, cocaïne, etc.). Cures de repos et d'isolement. Rééducation. Convalescences. Régimes. Douches. Méthodes de traitement strictement individualisées. Par tradition, les frais de traitement sont modérés, le prix de pension est global, et les suppléments, s'il y a lieu, sont prévus d'avance.

ENTRE GENÈVE ET LAUSANNE



Nyon

### INSTITUT MÉDICO-PSY- CHOLOGIQUE POUR ENFANTS A NYON (SUISSE)

Deux divisions complètement distinctes :

**I. Division clinique neuro-psychiatrique** pour l'examen de tous les cas présentant des troubles dont la nature reste à préciser.

**II. Division médico-pédagogique** pour tous les cas justiciables d'une action pédagogique combinée au traitement médical : éducation spéciale, psychothérapie, individualisation de l'enseignement, orientation professionnelle.

D<sup>r</sup> M. GUILLEREY, médecin en chef  
Prof. - D<sup>r</sup> O. LEWENSTEIN  
D<sup>r</sup> R. DUBY, Madame D<sup>r</sup> CALAME

# GRAND ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DU MIDI DE LA FRANCE

à **SAINT-DIDIER (Vaucluse)**

(25 km. d'AVIGNON — 7 km. de CARPENTRAS)

**Docteur A. MASQUIN, Directeur**

Tél. n° 1.

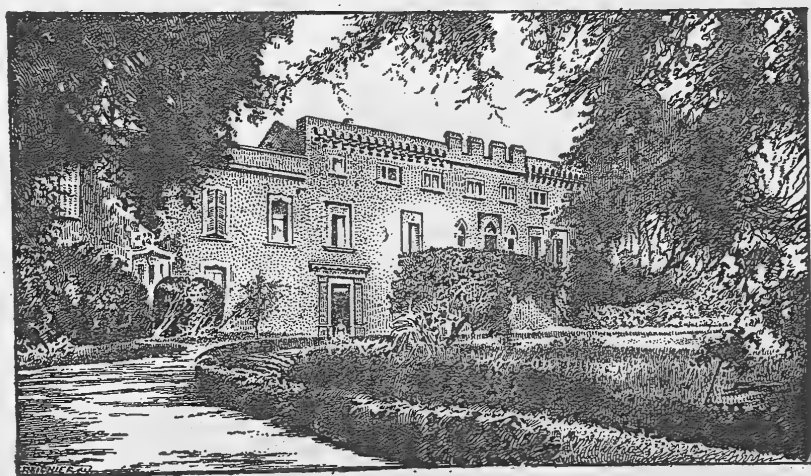
Traitement des Maladies du **SYSTÈME NERVEUX**

et de la Nutrition, Convalescences

**CURES de DÉSINTOXICATION**

Table de Régimes

**PHYSIOTHÉRAPIE COMPLÈTE — TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES**



Etablissement hydrothérapique. — La Façade méridionale

**CONFORT MODERNE  
GRAND PARC**



**SÉJOUR D'ÉTÉ  
— ET D'HIVER —**

**PRIX MODÉRÉS**

**LES ALIÉNÉS ET CONTAGIEUX NE SONT PAS ADMIS**

# TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES

PRESCRIT À DOSES FAIBLES  
FRACTIONNÉES  
RÉPÉTÉES

le

# GARDÉNAL

COMPRIMÉS À 0 gr. 01

exerce son habituelle action

antispasmodique

sans que se manifeste  
d'effet hypnotique

## POSOLOGIE

**Adultes :** 1 à 4 comprimés à 0 gr. 01 plusieurs fois par jour  
(dose maximum : 30 comprimés)

**Enfants :** Moins de 6 mois : 1/2 à 3 comprimés à 0 gr. 01 par jour.

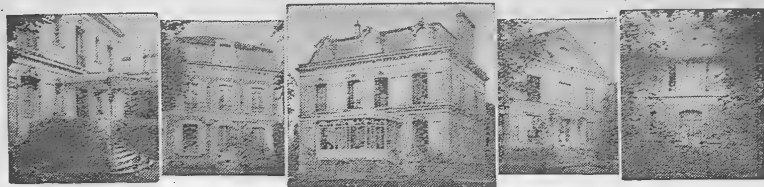
Un an et au dessus : en principe, 1 comprimé à 0 gr. 01 par  
année d'âge et par jour.

LA DOSE UTILE SERA FIXÉE PAR PROGRESSION LENTE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

Marques POULENC Frères et USINES DU RHÔNE  
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)





## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*

*Tramways à la Porte de Vincennes, Station du Métro*

# somnifène "roche"

à  
chacun  
sa  
dose

le plus maniable  
des hypnotiques  
gouttes

réglable

à  
volonté

Produits F. HOFFMANN - LA ROCHE & C<sup>ie</sup>  
10 Rue Crillon - PARIS

## INFORMATIONS

---

**XX<sup>e</sup> CROISIERE MEDICALE FRANCO-BELGE**

**EGYPTE-PALESTINE-SYRIE**

**PAQUES 1935**

---

La XX<sup>e</sup> croisière médicale franco-belge s'effectuera pendant les vacances de Pâques 1935, du 12 au 28 avril, par le paquebot de luxe « Sphinx » (15.000 tonnes) des Messageries Maritimes.

L'itinéraire sera le suivant : Marseille — Alexandrie (Le Caire) — Jaffa (Tel Aviv, Jérusalem, Bethléem) — Beyrouth (Baalbeck, Damas) — Caïffa (Nazareth et Tiberiade) — Alexandrie — Marseille.

(A suivre page d'annonces XX).

### ETABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

### MAISON DE CONVALESCENCE

**Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS**

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

#### **VILLA MONTSOURIS**

130, rue de la Glacière

**PARIS**

Téléphone : Gobel. 05-40

**MARDI, VENDREDI**

**2 à 5**

#### **CHATEAU de l'ABBAYE**

**VIRY-CHATILLON**

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

**PARC : Huit Hectares**

**TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES**

**— « PRIX MODÉRÉS » —**

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

### BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erèthisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés

-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

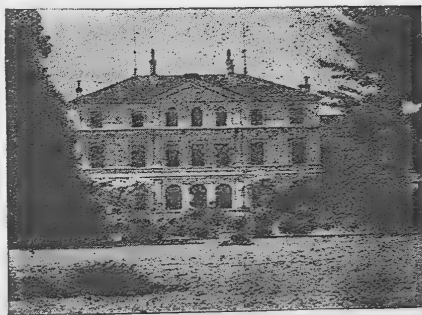
## MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

==== près Neuchâtel, Suisse ====

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.



Installations  
modernes



Psychothérapie.



Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel**  
**Vaste parc de 30 hectares**

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement  
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

==== PROSPECTUS ====

**XX<sup>e</sup> CROISIERE MEDICALE FRANCO-BELGE**  
**EGYPTE-PALESTINE-SYRIE**

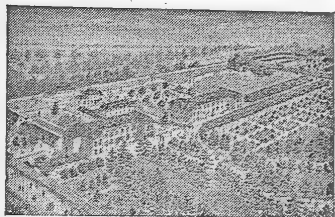
**PAQUES 1935**

*(Suite)*

Les tarifs, spécialement réduits, ont été fixés, excursions comprises, à 5.400 francs français en 1<sup>re</sup> classe et 3.500 francs français en 2<sup>e</sup> classe, tarifs sur lesquels les médecins et leurs familles (femmes et enfants mineurs célibataires) bénéficieront d'une réduction de 50/0 (cinq pour cent).

Les prix ci-dessus indiqués comprennent tous les frais de Marseille à Marseille : parcours maritime dans la classe choisie, — excursions pendant les escales, — séjour à terre dans des hôtels de premier

*(A suivre page d'annonces XXII).*



**VILLA LUNIER**  
**à BLOIS**

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'Internes.

Le prix de pension varie de **550 fr.** par mois à **1.600 fr.** selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.000** et **3.600 fr.** par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**

# LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

## COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau  
12 à 15 comprimés par litre.

**ANTI-RHUMATISMAL  
ÉNERGIQUE**

**NOVACÉTINE  
PRUNIER**

6, R. de la Tacherie, PARIS  
et Pharmacies.  
R. C. Paris, 53.318

**RECONSTITUANT  
DU SYSTÈME NERVEUX**

**NEUROSINE  
PRUNIER**

**GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM  
ASSIMILABLE**

## XX<sup>e</sup> CROISIERE MEDICALE FRANCO-BELGE

### EGYPTE-PALESTINE-SYRIE

PAQUES 1935

(Suite)

ordre (boisson exclue), — entrée dans les mosquées, musées et monuments, — pourboires aux guides et dans les hôtels, etc...

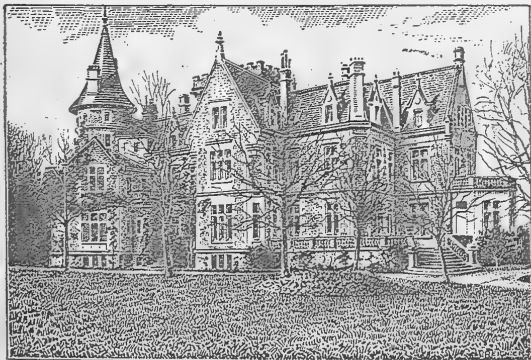
Ajoutons que *le voyage s'effectuera quel que soit le nombre des participants* et que les touristes qui, de Beyrouth, désireraient rentrer à Marseille par la Méditerranée-Nord (Tripoli de Syrie — Chypre — Rhodes — Smyrne — Istanbul — Le Pirée — Naples) pourront le faire moyennant un supplément de faible importance.

Ils prendront alors à Beyrouth, le 25 avril, le « Théophile-Gautier », lequel arrivera à Marseille le 7 mai.

(A suivre page d'annonces XXIII).

## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

●  
Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
●

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

XX^e CROISIERE MEDICALE FRANCO-BELGE

EGYPTE-PALESTINE-SYRIE

PAQUES 1935

(Suite)

Durant le séjour à Beyrouth, du 22 au 25 avril, séjour qui demeurera naturellement à la charge des passagers, une excursion facultative à Homs, Hama et Alep ou à Palmyre pourra être organisée pour eux.

Pour tous renseignements complémentaires et les inscriptions, s'adresser, de la part des *Annales Médico-psychologiques*, à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles.

(A suivre page d'annonces XXIV).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE



RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel • PARIS (12^e)

ni chaud, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

ANNALES ROUMAINES DE PSYCHOLOGIE

On nous prie d'annoncer que vient de paraître le premier tome des *Analele de psihologie* (*Les Annales de Psychologie*), publiées à Bucarest sous la direction du Professeur C. Rădulescu-Motru. Rédacteur : I. M. Nestor.

On trouvera dans ce tome I (1934, pp. xii + 222) :

I. des *Etudes et recherches* :

C. Rădulescu-Motru : Intuition du temps.

D^r G. Marinescu, D^r Kreindler et Louis Copelman : Essai d'une interprétation physiologique du test psychologique de Rorschach. Son application à l'étude de la dynamique cérébrale des jumeaux).

(A suivre page d'annonces XXVI).

ÉTATS NÉVROPATHIQUES : ANXIÉTÉ -- ANGOISSE
INSOMNIE NERVEUSE -- TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR

La PASSIFLORINE

est la première spécialité qui ait réalisé
l'association **Passiflore-Cratægus** et la
seule qui ne contienne aucun toxique,
soit végétal (jusquiame, opium, etc.) soit
chimique (dérivés barbituriques)

Laboratoire G. RÉAUBOURG
2, Rue Boucicaut -- PARIS

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—
Confort Moderne
—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—
**MÉDECINS
SPÉCIALISTES**
résidant
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D^r Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

ANNALES ROUMAINES DE PSYCHOLOGIE

(Suite)

Dimitrie Todoranu : Le caractère. Sa dynamique d'intégration.
Bronislaw Biegeleisen : L'orientation professionnelle des bacheliers.

Trude Beraru : La psychologie individuelle.

Egon Weigl : Traitement des troubles psychiques chez les enfants et chez les jeunes sujets.

II. des Notes :

Sulea-Firu Ilie : Considérations sur la psychologie du professeur.

Ence Despina et Sorescu Stefania : Recherches expérimentales sur l'évolution de la vie psychique.

(A suivre page d'annonces XXVII).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)



-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- en cure libre --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

ANNALES ROUMAINES DE PSYCHOLOGIE

(Suite)

D^r Emanuel I. Cohen : Rôle psychique du lobe préfrontal.

Zahirnic Constantin : Mise en valeur des aptitudes professionnelles.

Loewenstein Th. : Les divisions de la psychologie.

Manoil A. : L'école de psychologie de Turin.

I. M. Nestor : VIII^e Congrès international de psychotechnique.

Cette publication est l'organe officiel de la « Société Roumaine pour les Recherches psychologiques », dont le bureau central se trouve : *rue Edgar-Quinet, Bucarest.*

Elle paraîtra une ou deux fois par an et publiera des études, des recherches, des comptes rendus et toutes sortes d'informations concernant la psychologie. Chaque tome contiendra au moins 230 pages.

(A suivre page d'annonces XXVIII).

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*



Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

« L'ARGUS DE LA PRESSE »

L'ARGUS DE LA PRESSE, Doyen des Bureaux d'extraits de Presse, prépare la Septième édition de « **NOMENCLATURE des JOURNAUX et REVUES en LANGUE FRANÇAISE PARAISSANT dans le MONDE ENTIER** ».

Ce sera un volume très documenté de plus de 1.300 pages.

Les Journaux et Périodiques qui désirent y figurer peuvent s'adresser à **L'ARGUS**,

37, rue Bergère, PARIS

Établissement Médical de MEYZIEU (Isère) **Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVRÔSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.